

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

662

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Jules HERBERT

Né le 16 juillet 1905, à Saint-Médard-sur-Ille (Ille-et-Vilaine)

Licencié ès Sciences

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE SUR LE CANCER

DU

CORPS THYROÏDE

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean-Jules HERBERT

Né le 16 juillet 1905, à Saint-Médard-sur-Ille (Ille-et-Vilaine)

Licencié ès Sciences

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE SUR LE CANCER

DU

CORPS THYROÏDE

Président : M. LENORMANT, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM. ABRAMI. ALAJOUANINE. AUBERTIN. BRULÉ. CHABROL. CHIRAY. DONZELOT. DUVOIR. HARVIER. LIAN. VALLERY-RADOT (Pasteur). SÉZARY.	Clinique médicale.	MM. BASSET. BROCQ. CADENAT. GATELLIER. HEITZ-BOYER. MOURE. QUÉNU. SCHWARTZ. VELTER.	Clinique chirurgicale
MM. ÉCALLE. GUENIOT. LE LORIER LÉVY-SOLAL. METZGER.	Clinique obstétricale		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. CHAILLEY-BERT, agrégé ... LEDOUX-LEBARD WEIL-HALLÉ FREY.....	Éducation physique. Radiologie clinique. Puériculture. Stomatologie.
--	---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR LENORMANT

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Cochin

*Qui m'a inspiré le choix de ce travail et
m'a guidé au cours de son élaboration.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le témoi-
gnage de ma profonde gratitude et de mon
respectueux attachement.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR MOULONGUET-DOLERIS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux.

*Qui a bien voulu me guider pour toute la
partie anatomique de ce travail.*

*A qui m'attachent des sentiments de
vive gratitude et d'affectueuse admiration.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE RENNES

M. LE PROFESSEUR LE MONIET

M. LE PROFESSEUR LE DAMANY

M. LE PROFESSEUR LE GAL LA SALLE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat :

1927. M. LE PROFESSEUR HARTMANN

1928. M. LE PROFESSEUR CARNOT

1929. M. LE PROFESSEUR LOEPER

Internat :

1931. M. LE PROFESSEUR DUVAL

M. LE DOCTEUR GERNEZ

1932. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHVARTZ

M. LE PROFESSEUR LENORMANT

1933. M. LE PROFESSEUR MOCQUOT

1934. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MONDOR

1935. M. LE DOCTEUR DEVRAIGNE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

M. LE PROFESSEUR HOVELACQUE

M. LE PROFESSEUR ROUVIÈRE

M. LE PROFESSEUR OLIVIER

M. LE PROFESSEUR BINET

A MES MAITRES

MM. LES DOCTEURS : GATELLIER, AMELINE, HUARD, WILMOTH, MÉNÉGAUX, R. CH. MONOD, HUET, LEIBOVICI, MERLE D'AUBIGNÉ, WELTE, chirurgiens des Hôpitaux.

M. LE DOCTEUR RAVINA, accoucheur des Hôpitaux.

MM. LES DOCTEURS GILBERT-DREYFUS, LEMAIRE, médecins des Hôpitaux.

A MADemoisELLE LE DOCTEUR DOBKEVITCH

A M. LE DOCTEUR DUCROQUET

ÉTUDE SUR LE CANCER DU CORPS THYROÏDE

Introduction

I

Au début de cette thèse, nous devons rendre hommage à notre maître M. le professeur Lenormant, qui nous a donné l'idée de ce travail et nous a exprimé son opinion sur le sujet et à M. le professeur agrégé Moulonguet-Doleris, qui a été notre guide dans la partie histologique et a étudié avec beaucoup de soin toutes nos coupes.

Nous avons utilisé toutes les observations de Lecène. Toutes avaient été bien étudiées au point de vue histologique, et nous avons ainsi pu avoir un reflet de sa pensée. Chacune de ces observations était accompagnée d'une description minutieuse des lésions, avec le plus souvent un schéma très objectif montrant les rapports des lésions avec la glande, les organes voisins, les vaisseaux et les nerfs, les muscles.

D'autres observations nous ont été procurées par M. le Dr Gernez, dont nous avons été l'interne, par M. le Dr Huet, par M. le Dr Fievez de Malo-les-Bains, par M. le Dr Fournier de Valenciennes, par M. le Dr Mouzon, par M. le Dr Sylvain Blondin et par M. le Dr Mallet. Nous tenons à les remercier pour l'amabilité qu'ils ont témoignée en nous remettant leurs documents.

Enfin, une observation toute récente, doublement intéressante par son évolution clinique et surtout par son aspect anatomique, vient de nous être communiquée par notre maître M. le professeur agrégé Mondor, à qui nous exprimons toute notre gratitude.

II

L'objet de ce travail n'est évidemment pas de reprendre l'étude du cancer du corps thyroïde, d'en décrire l'évolution clinique, d'en préciser les multiples aspects anatomiques. Un tel but ne pourrait être atteint qu'après une longue expérience, ce serait un travail de fin de carrière. Seul peut prétendre écrire un tel travail, celui qui, après des années de labeur, a amassé suffisamment de cas, les a suivis lui-même, en a étudié les signes en détail, a pu comparer les malades les uns aux autres. Les observations ne donnent qu'une image imparfaite des malades ; prises le plus souvent par un tiers, elles sont dans bien des cas incomplètes ; les renseignements qu'on aimerait y voir, qu'on attend, manquent souvent.

Aussi le but de ce travail est-il simplement de faire l'analyse d'un certain nombre d'observations au double point de vue clinique et histologique : au point de vue clinique et évolutif, essayer de mettre en relief les points qui nous ont paru les plus importants, les plus significatifs, sans s'attacher à décrire tous les signes : ce serait une redite, une répétition de ce qu'on trouve dans tous les livres classiques ; au point de vue anatomique, proscrire toute classification complexe, faire quelques groupements morphologiques et penser avant tout à la clinique, à l'évolution : c'est elle qui, en dernière analyse, décide de tout, c'est elle qui doit prévaloir ; donc réaliser des formes anatomo-cliniques.

Nous aurons la satisfaction de voir que, d'après nos observations le parallélisme existe entre la clinique et l'histologie ; malgré des contradictions apparentes, il n'y a pas de divergences ou très peu. Ce sera ainsi conclure à la valeur de l'examen histologique.

III

Quarante observations ont été utilisées. Toutes ont été étudiées au point de vue histologique dans le laboratoire d'anatomie pathologique des hôpitaux de Paris par notre maître M. le professeur agrégé Moulonguet-Doleris, assisté de Mlle le docteur Dobkevitch. Toutes ces observations, sauf une (n° 10), sont inédites. Elles fournissent un ensemble homogène qui permet une étude anatomo-clinique assez complète.

La majorité des malades ayant pu être suivis complètement (début intervention, suites opératoires, suites tardives), un essai de pronostic pourra être établi d'après ces observations.

Le plan que nous nous proposons de suivre dans la rédaction de ce travail sera le suivant :

Dans une première partie, nous étudierons les aspects cliniques du cancer thyroïdien d'après nos observations.

Dans un deuxième, les formes anatomiques.

Un troisième chapitre, synthèse des deux précédents, constituera un essai de classification anatomo-clinique et de pronostic.

Enfin, nous verrons les problèmes diagnostiques que posent en pratique les cancers de la glande thyroïde et leurs principales indications thérapeutiques.

Observations et microphotos.

Voici les quarante observations qui ont servi de base à ce travail. Une observation plus récente (n° A, Prép. 1486) n'a pu être classée ; elle est brièvement résumée au chapitre de l'étiologie.

Quatorze microphotos accompagnent ces observations ; elles ont été choisies de manière à représenter les types les plus caractéristiques :

deux ont trait aux *formes de transition* :

Obs. 2, Prép. 1781, microphoto 1.

Obs. 7, Prép. 4245, microphotos 2.

deux aux *épithéliomas végétants* :

Obs. 9, Prép. 1478, microphotos 3.

Obs. 11, Prép. 4817, microphotos 4.

quatre aux *épithéliomas atypiques* :

Obs. 17, Prép. b 329, n° 2073, microphotos 5.

Obs. 19, Prép. b 338, n° 2335, microphotos 6.

Obs. 21, Prép. b 369, n° 3310, microphotos 7.

Obs. 28, Prép. 1689, microphotos 8.

trois aux *aspects pseudo-sarcomateux* :

Obs. 37, Prép. 5211, microphotos 9 et 10.

Obs. 38, Prép. 3486, microphotos 11.

deux aux *aspects parathyroïdiens* :

Obs. 32, Prép. b 149, microphotos 12.

Obs. 35, Prép. 5132, microphotos 13.

une à l'aspect malpighien :

Obs. A, Prép. 1486, microphotos 14.

Formes de transition.

(8 observations).

Observation N° 1. PRÉPAR. 4961 (Lenormant).

M^{me} B..., 53 ans, a été opérée il y a 7 ans par Yung (Metz) pour un goitre (probablement isthmique en raison de la cicatrice).

Revient avec trois bosselures paraissant kystiques siégeant sous la cicatrice. Le reste du corps thyroïde ne paraît pas très volumineux, mais ses limites sont difficiles à apprécier, surtout vers le bas.

Opération le 20 février 1933. Anesthésie locale à la novocaïne. Incision en cravate.

D'emblée, on arrive sur les kystes. Il n'y a plus trace des muscles sous-hyoldiens qui sont rétractés et adhérent à la capsule. Vers l'angle gauche de l'incision, superficiellement, on trouve et on enlève une petite masse qui a l'aspect d'un ganglion dégénéré. La capsule thyroïdienne adhère de toutes parts et on ne trouve aucun plan de clivage. Dans les tentatives de libération du pôle inférieur, on déchire la tumeur qui a un aspect végétant et qui plonge un peu derrière le sternum. C'est aux ciseaux qu'il faut libérer la masse. On ne trouve un plan de clivage et un aspect thyroïdien normal qu'au niveau des lobes latéraux. On détache la tumeur d'abord du lobe gauche dont on conservera à peu près le tiers supérieur, puis du larynx et de la trachée et on achève de la détacher en sectionnant le lobe droit vers sa partie moyenne. L'hémorragie assez abondante est arrêtée par la ligature de quelques artérioles et par des surjets de catgut sur les tranches thyroïdiennes. L'ablation semble bien complète et il reste de chaque côté un bon moignon thyroïdien. Les pédicules vasculaires n'ont pas été vus. On tamponne la loge avec une mèche et on ferme l'incision cutanée par un surjet au fil de lin.

La malade, revue en mars 1935, se porte très bien. Il n'y a ni récurrence locale, ni métastases.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 4961). — C'est un épithélioma

végétant. On trouve toutes les transitions avec le corps thyroïde normal ou hyperplasique. Certains points de la coupe font penser à la maladie de Basedow à cause notamment de gros amas lymphoïdes qui sont au contact du tissu thyroïdien. Ces différents aspects : goitre anormal d'aspect basedowien et épithélioma végétant sont mélangés, intriqués et se retrouvent alternativement dans les différentes parties de la tumeur. Le fragment indiqué comme ganglion présente exactement la même structure.

Observation N° 2. PRÉPAR. 1781 (Lenormant).

M^{me} B..., 31 ans.

La malade, originaire de Corse, présente depuis l'âge de 15 ans un goitre qui s'est développé progressivement et fait une forte saillie en avant. Actuellement la tumeur presque médiane, mais dépendant certainement du lobe thyroïdien droit, est grosse comme un fort poing d'adulte. Pas de Basedowisme, pas de trouble fonctionnel.

Opération le 7 juillet. Anesthésie locale à la novocaïne. Incision en cravate, section des muscles sous-hyoïdiens.

L'extériorisation du goitre est facile. Enucléation massive de la tumeur. Il ne reste plus du lobe droit que la partie postérieure de la capsule avec les vaisseaux et quelques débris de parenchyme thyroïdien. Suture hémostatique au catgut, suture des muscles sous-hyoïdiens, agrafes sur la peau. Pas de drainage. La malade n'a pu être suivie.

Coupe : Goitre diffus avec des zones en dégénérescence des plaques calcifiées et un foyer hémorragique vers le pôle inférieur.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 1781). — Il s'agit d'un goitre qui par endroits est absolument bénin, en d'autres endroits il y a des acini pleins et enfin l'aspect le plus caractéristique est celui des zones télangiectasiques à circulation sinusienne, où les travées intervasculaires sont occupées par des travées de cellules thyroïdiennes qui ne secrètent rien mais qui n'ont pas l'aspect atypique.

La malignité de cette néoplasie ne saurait être affirmée.

Observation N° 3. PRÉPAR. 1937 (Lenormant).

M^{me} M..., 49 ans.

La malade aurait remarqué seulement il y a un an l'existence d'un goitre. Celui-ci a présenté récemment une poussée brusque et a augmenté jusqu'à atteindre le volume d'un œuf de dinde. La tumeur occupe la totalité du lobe gauche, elle refoule considérablement la trachée à droite. La tumeur est régulière, sans nodules, de consistance rénitente ou fluctuante. Le lobe droit est un peu gros mais de consistance normale.

Il n'y a pas de signes d'hyperthyroïdisme.

La voix est couverte mais il n'y a pas de paralysie laryngée (Halphen).

L'intervention est pratiquée le 1^{er} décembre 1926. Anesthésie locale à la novocaïne. Section des muscles sous-hyoïdiens et du sterno-cléido-mastoidien gauche. Extériorisation du goitre qui présente une coloration hémorragique. La masse se déchire au cours de l'énucléation. La tumeur bien encapsulée est formée de masses très molles, friables, et de sang. Enucléation massive. Surjet hémostatique sur le reste du lobe. Catgut sur les muscles. Agrafes sur la peau. Pas de drainage.

La malade revue en mars 1935 va très bien. Il n'y a ni métastase, ni récurrence locale.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prépr. 1937). — Il s'agit d'un kyste thyroïdien parfaitement limité dans lequel on voit des aspects divers mais dont aucun n'est franchement atypique. Par endroits, c'est l'aspect de l'épithélioma végétant. En d'autres, c'est l'aspect du goitre parenchymateux avec petites cellules sans colloïde et circulation sinusienne avec entre les vaisseaux des travées plus ou moins épaisses de tissu thyroïdien (Aspect assez comparable à la prépar. 1781).

Observation N° 4. PRÉPAR. b 355 (Lenormant).

M^{me} G..., 35 ans, originaire du Puy.

Malade opérée il y a un an dans le Service de Mauclair pour goitre. Présente actuellement une récurrence à peu près exactement

médiane grosse comme une mandarine, de consistance assez ferme, adhérente à la trachée. Pas de troubles fonctionnels. Mais il existe au-dessous au bord inférieur de la tumeur, à distance d'elle, près de la fourchette sternale, une nodosité sous-cutanée qui paraît être un ganglion.

Opération le 19 novembre. Anesthésie au chloroforme. Incision en cravate. Section des muscles sous-hyoïdiens. Mise à découvert de la tumeur qui siège dans le lobe-droit. La libération et l'extériorisation de la tumeur sont rendues difficiles par la présence d'adhérences, surtout au niveau du pôle inférieur. On arrive cependant à libérer complètement le lobe. On lie et on sectionne le pôle supérieur. On fait une lobectomie sous-capsulaire seulement au niveau du bord postérieur sans ligature indépendante de la thyroïdienne inférieure. Le lobe enlevé la trachée est à nu, entre 2 tranches thyroïdiennes saignantes. On rapproche au-devant d'elle les deux tranches par un surjet hémostatique. De nombreuses ligatures complémentaires sont nécessaires. Suture des muscles sous-hyoïdiens au catgut. Agrafes sur la peau. Pas de drainage. On enlève ensuite par une incision spéciale le petit ganglion superficiel sus-sternal.

A la coupe, le lobe enlevé renferme un vieux kyste en partie calcifié et un noyau solide marbré, très suspect de dégénérescence carcineuse.

L'examen laryngologique pratiqué le 26 novembre 1927 montre une paralysie récurrentielle droite. La corde a un bord libre concave et immobile dans toutes les positions.

La malade a été revue pour la dernière fois en 1933. Elle se portait bien. Il n'y avait ni récurrence locale, ni métastases.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. b 355). — Il s'agit d'un épithélioma typique avec sclérose intense, nécrotique par endroits, calcifiée en d'autres. Cette sclérose isole des lobules, les uns sont du corps thyroïde normal, les autres de l'épithélioma végétant, sans caractère net de malignité. D'autres lobules sont kystiques, distendant à l'extrême des éléments thyroïdiens atrophiés. Tous les passages entre le corps thyroïde normal et l'épithélioma végétant sont trouvés dans cette coupe.

Observation N° 5. PRÉPAR. 1146 (S. Blandin).

M^{lle} L..., âgée de 53 ans, présente un goitre du lobe droit. Ce goitre a été constaté par un médecin il y a 6 ans. La malade prend de l'iode depuis 15 ans.

Le goitre a beaucoup augmenté depuis 3 mois.

De plus : amaigrissement ; malade un peu nerveuse ; a été traitée pour ptose gastrique, insuffisance ovarienne, algies diverses.

En 1922, quelques applications de rayons X ont été faites sur le corps thyroïde.

Ménopause en 1929.

Depuis la ménopause, les troubles fonctionnels se sont accentués :

Crises de diarrhée ;

troubles gastriques et ballonnement du ventre ;

Tachycardie. Amaigrissement. Insomnie.

A l'examen, le 2 décembre 1933 :

Tumeur du lobe droit du volume d'un abricot ; il n'y a pas d'adhérences cutanées, pas de ganglions. Bonne mobilité laryngée. Récurrents intacts.

Pas d'exophtalmie mais léger tremblement et état émotif.

Troubles vaso-moteurs.

Cœur irrégulier. Pouls 88. Tension artérielle 14-9.

Rien à l'auscultation, ni sucre, ni albumine.

Poumons et système nerveux en bon état.

Métabolisme basal 20 %.

Intervention le 8 décembre 1933. Anesthésie locale.

Incision en cravate avec section des muscles plats. Lobectomie droite.

Drain. Sutures.

Examen macroscopique : Tumeur encapsulée, gélatineuse, avec flaqes d'hémorragies récentes.

Suites : Revue fin 1934 en bon état général et local. Cicatrice souple.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 1146). — Ce qui caractérise ce goitre c'est l'existence de grosses travées collogènes qui écartent les uns des autres les éléments épithéliaux, réalisant des aspects

très divers, tous anormaux, mais qui nulle part ne sont extrêmement atypiques et suspects de cancer.

Tantôt c'est l'aspect du goitre foetal : petite vésicule vide ou avec une goutte de colloïde anormale.

Tantôt ce sont des boyaux pleins, entrelacés, et tantôt des plages presque homogènes de cellules de type embryonnaire mais non monstrueuses.

Cette sclérose collogène est manifestement ordonnée autour du système vasculaire ; dans chacune des grandes travées il y a des vaisseaux souvent volumineux. On serait assez tenté de croire qu'il y a là un exemple de cirrhose vasculaire du corps thyroïde. Peut-être à rapprocher du traitement par Rayons X.

Ces bandes de sclérose sont en partie nécrotiques (à rapprocher de la dégénérescence hyaline signalée après radiothérapie).

Observation N° 6. PRÉPAR. 5065 et 5106 (Moulonguet).

M^{me} M. S..., 25 ans, d'origine Serbe.

La malade ne parle pas français ; elle présente un goitre volumineux, à noyaux multiples. On ne peut savoir l'évolution ni les raisons qui amènent la malade à consulter.

Voix légèrement bitonale.

Pas d'examen laryngoscopique.

Pas de signe de thyrotoxicose.

Opération le 23 août 1933. Anesthésie locale et régionale droite.

L'énucléation se fait bien.

Le lobe droit est également sorti. A ce moment syncope. La malade glisse de sa chaise et manque de tomber. Il faut l'allonger ; elle est très pâle, comateuse ; pupilles en mydriase. Apnée. Pouls très rapide.

Puis la face se recoloré, mais la respiration est périodique, avec, au moment de l'apnée, des phénomènes de contracture. Pouls toujours très rapide. Aux membres inférieurs, l'hypertonie est permanente.

Babinski bilatéral.

On reprend l'opération. Le fil d'attente gauche ayant été enlevé, thyroïdectomie subtotale sur pinces. Hémorragie assez notable.

Suture des muscles. Deux drains.

A la fin de l'opération, l'état de la malade est le même. La respiration est moins périodique. Le facies est coloré. Le pouls est rapide. Le coma persiste.

Suites : 24 août. Coma un peu moins intense. On constate une hémiplégie gauche.

La malade est passée dans le Service du D^r Léchelle où elle reste jusqu'au 6 octobre 1933. A cette date, son coma est dissipé depuis longtemps, mais elle présente une paraplégie, sans signe de Babinski.

L'étiologie de cet ictus est obscure ?

Revue en mars 1934. La malade marche toute seule, mais elle est raide et présente une grosse déficience cérébrale.

Nouvelles en juin 1934. Troubles psychiques toujours très accentués.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 5065 et 5106). — Il s'agit d'un corps thyroïde qui présente des aspects très divers, tantôt aspect normal, tantôt goitre foetal et tantôt vésicules pleines ou conservant une petite lumière riche de collagène dont les cellules sont cubiques, très hautes, à protoplasma pâle. Dans cette zone, il y a de nombreux noyaux volumineux atypiques.

On peut discuter de ces aspects, mais ils paraissent au moins suspects.

Observation N° 7. PRÉPAR. 4245 (Lenormant).

M^{lle} L..., 16 ans.

La malade est opérée le 4 avril 1931 pour un petit goitre du lobe thyroïdien droit sans signes de Basedow.

Incision en cravate. Ablation de deux noyaux goitreux distincts, l'un est un véritable adénome, l'autre est un goitre colloïde. Surjets sur le tissu thyroïdien et sur les muscles. Pas de drainage.

La malade revue en 1935 est très bien portante. Ni métastase, ni récurrence locale.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Goitre foetal, mais qui en certains endroits présente une telle densité cellulaire, une telle absence totale de différenciation qu'on peut discuter sur la nature de cette tumeur dont on ne peut affirmer la malignité.

Observation N° 8. PRÉPAR. 2884 (S. Blondin).

M^{me} S..., âgée de 55 ans, Polonaise.

Goitre apparu en 1932 au niveau du lobe droit.

Quelques signes de Basedowisme :

Bouffées de chaleur, irritabilité, tremblement léger, céphalées

Ils sont d'ordre toxique, mais la malade ne présente aucun trouble oculaire, n'a pas maigri, est plutôt constipée. La voix n'est pas enrouée. La respiration et la déglutition sont faciles.

Elle n'a jamais été malade, elle a eu 12 grossesses. 7 enfants vivants, 2 fausses couches.

A l'examen le 10 janvier 1934, elle présente un goitre nodulaire du lobe droit, du volume d'un œuf, de consistance ferme. Pas d'adhérence à la peau ni au sterno.

Mobilité laryngée conservée.

Pas de signe d'atteinte récurrentielle.

Pas d'adénopathie.

Troubles sudoraux, tremblement. Agitation. Irritabilité. Pouls à 96 régulier. Pression artérielle à 14-7,5.

Réflexes rotuliens un peu vifs.

Vitiligo abdominal.

Poumons normaux.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Le diagnostic clinique porté est :

Goitre énucléable du lobe droit avec début de thyrotoxicose.

Intervention le 11 janvier 1934. Anesthésie locale : novocaïne.

Incision en cravate. Ecartement des muscles plats sans les sectionner.

Enucléation d'un goitre d'aspect solide, compact, homogène, dur. Capitonnage. Suture cutanée et musculaire. Drain.

Suites : Revue fin 1934.

Bon état. Cicatrice souple, non adhérente.

Pas de métastase ni de récurrence.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 2884). — Certains lobes montrent une structure thyroïdienne presque typique. Et de là on assiste à l'altération progressive du tissu normal suivant plusieurs modes. L'un des plus fréquents donne un aspect identique à celui des

lipo-sarcomes, c'est-à-dire que le tissu est creusé de cavités vides (ou renfermant une bordure extrêmement mince de colloïde) et qu'autour de ces cavités les cellules thyroïdiennes constituent un véritable réticulum étoilé. Cet aspect atypique n'est pas le seul qu'on puisse rencontrer : alvéoles à revêtement pluricellulaire, dispersion de cellules en boyaux, constitution de gros amas de cellules indifférenciées. Mais il n'y a guère de monstruosité cellulaires. L'aspect des cellules qui sont anormales par leur agencement n'est pas très atypique.

Épithéliomas végétants typiques.

(4 observations.)

Observation N° 9. PRÉPAR. 1478 (Fournier).

Mme B...

A l'âge de 25 ans, la malade a découvert dans la région latérale droite du cou, derrière l'angle de la mâchoire, une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur n'a pas changé de volume pendant 20 ans. Puis il y a 3 ans, elle s'est mise à grossir très rapidement, se développant surtout de haut en bas vers la partie antéro-droite du cou. Le diagnostic de goitre a été porté à ce moment. Et une ponction a été faite au cours du mois de juillet 1922. A la suite de cette ponction le liquide s'est reformé rapidement et une fistulette s'est constituée, par laquelle le liquide s'écoule de façon intermittente.

La malade est vue par un chirurgien en octobre 1925. On pense à un kyste du corps thyroïde et l'intervention est pratiquée.

Le kyste est bilobé. La poche superficielle, de beaucoup la plus volumineuse, s'étend du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien à la ligne médiane. La poche profonde plonge sous le sterno-cléido-mastoïdien et adhère à la face antérieure de la jugulaire interne. Après avoir contourné la veine elle s'arrête à sa face externe, à la hauteur de la région de ligature de la carotide externe. Elle se termine à ce niveau par un petit tractus très mince et creux qui plongeait vers le pharynx en arrière des vaisseaux. On le lie. A la partie profonde du kyste, se trouve un autre petit kyste indé-

pendant à contenu citrin, qui a été ouvert accidentellement lorsqu'on a mis la pièce dans le Bouin.

En 1928, amputation du sein pour cancer, pas de détails.

En juin 1934, l'état général se maintient bon. La malade se plaint parfois de douleurs nocturnes dans la région droite du cou. A l'examen on constate l'existence d'une très petite tumeur qui est une récurrence locale à évolution très lente ; elle a en effet débuté il y a 3 ans, c'est-à-dire 6 ans après l'intervention.

En septembre 1934, la situation est peu modifiée, mais le noyau de récurrence augmente progressivement.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 1478). — C'est un épithélioma végétant typique. Cependant, dans la paroi scléreuse d'un des groupes de végétations, il y a une infiltration avec des éléments tantôt petits, tantôt volumineux, d'aspect spumeux, ces derniers formant des amas qui ressemblent à des réactions lipophagiques.

Observation N° 10. PRÉPAR. 5701 *bis* (Ho-Dac-Di).

Le malade vient consulter pour une volumineuse tumeur au cou.

Cette tumeur existe depuis 10 ans; elle a augmenté progressivement de volume et devient gênante par son volume. Elle n'a jamais déterminé de troubles fonctionnels. A l'examen, on constate que la tumeur s'étend de l'oreille au creux sus-claviculaire, depuis la ligne médiane jusqu'à la nuque, déformant complètement le cou à droite. Elle est bosselée, tendue, bien mobile. Le diagnostic de goitre kystique est posé et l'intervention décidée.

A l'intervention, on trouve un goitre volumineux, très adhérent au paquet vasculo-nerveux. Il renferme 5 à 600 cm³ de sang liquide avec des caillots. On l'enlève presque complètement, en laissant des tumeurs dures qui s'étendent du paquet vasculo-nerveux à la nuque et qu'on prend pour des ganglions tuberculeux.

Les suites opératoires sont normales.

Trois semaines après on réintervient. On découvre les masses ganglionnaires hypertrophiées au nombre de 6 à 7, de la taille d'un œuf de pigeon et indépendantes. Elles s'échelonnent de la base du crâne à la base du cou, adhérentes au paquet vasculo-nerveux. Elles renferment aussi du sang liquide ou coagulé.

Le malade est revu un an après. Il est en bon état. Il n'a ni récidive, ni métastase.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 570 bis). — Il s'agit d'un goitre végétant avec infiltrations hématiques diffuses, dont la structure papillaire prouve l'évolution néoplasique et qui peut avoir essaimé des métastases ganglionnaires.

Observation N° 11. PRÉPAR. 4817 (Fievez).

Homme de 76 ans.

Il y a deux ans environ le malade découvre à la base du cou, un peu au-dessus de la clavicule, à la partie moyenne du creux sus-claviculaire, une tumeur indolente qui grossit peu à peu et acquiert bientôt le volume d'une orange. Un médecin consulté à ce moment conseille l'abstention.

La tumeur subit en avril 1932 une poussée marquée, elle grossit beaucoup jusqu'à atteindre les dimensions d'une tête d'enfant, devient rouge violacé et menace de s'ouvrir à la peau. Elle présente des parties dures en dedans vers la jugulaire. Le corps thyroïde est apparemment indemne. Le diagnostic porté est kyste sébacé dégénéré.

L'intervention est pratiquée le 20 mai 1932. Une longue incision verticale va depuis la pointe du creux sus-claviculaire jusqu'à deux doigts au-dessous de la clavicule. La tumeur n'a aucune connexion avec les organes voisins et l'extirpation en est simple. Les suites opératoires sont simples.

Quelques mois après l'opération, au niveau de la cicatrice apparaît un noyau de récidivé qui grossit progressivement jusqu'au début de 1934. Puis il reste stable pendant environ un an. La malade est revue au début de mars 1935. Elle présente une tuméfaction cervicale de la grosseur d'une demi-orange. Cette tuméfaction occupe tout le creux sus-claviculaire droit ; en avant elle n'atteint pas tout à fait le bord postérieur du sterno-cléido-mastoidien mais rejoint en arrière le bord du trapèze. Elle est dure, pierreuse à la partie supérieure de la cicatrice opératoire où semble avoir débuté la récidive. Partout ailleurs elle est molle, élastique. Elle ne se déplace pas dans les mouvements du larynx, ni pendant la déglutition. Elle

est bien mobile sur les plans profonds et semble facilement énucléable.

Le corps thyroïde est imperceptible à l'examen de la région sous-hyoïdienne; on ne perçoit ni les lobes latéraux, ni l'isthme, et pourtant le cou est très maigre.

L'état général du malade est très bon, et, quoique âgé de 79 ans, il fournit encore un dur travail agricole. L'extirpation de la récidue est conseillée.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 4817). — Il s'agit d'une néoplasie qui est subdivisée en lobes par un très important stroma conjonctif. Chacun des lobes est relativement bien limité, et par endroits il y a même un endothélium qui revêt la paroi conjonctive du côté de la tumeur, et fait penser qu'on est en présence de cavités véritables à l'intérieur desquelles la néoplasie aurait végété.

A un faible grossissement on est frappé par la ressemblance de cette néoplasie avec l'épithélium végétant intra-canaliculaire du sein. Il s'agit de cellules volumineuses à protoplasma éosinophile disposées, tantôt en végétations, tantôt en acini, et sécrétant en beaucoup d'endroits une colloïde atypique.

Observation N° 12. PRÉPAR. 389 (Huet).

La malade est vue 18 mois après le début.

Elle a été traitée par de l'iode, car on avait cru à une lésion bénigne. Pourtant l'augmentation de volume du goitre a été très rapide. Des signes de compression trachéale sont apparus. Pas de métastases.

Intervention (fin 1931). Le cancer adhère partout et l'ablation est incomplète.

Suites : L'opération soulage la malade et les troubles respiratoires s'atténuent.

Bientôt la repullulation se reproduit.

Des injections de sérum de Coulaud amène une régression de la masse, mais la malade réagit fortement aux injections.

Mort en mai 1932 du fait de l'extension locale, pas de métastase.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. b 389). — La coupe représente

un tissu scléreux infiltré, renfermant beaucoup de pigments sanguins et au milieu duquel il y a un kyste. Par endroits, ce kyste est arrêté par un épithélium cylindrique. En d'autres endroits il porte des végétations qui ont tantôt l'aspect peu atypique de l'épithéliome végétant, tantôt un aspect plus atypique, mais dérivé du précédent, avec des cellules plus grosses, et éosinophiles.

En regardant avec attention, on voit que dans la paroi scléreuse de ce kyste, il y a une infiltration de cellules cancéreuses formant des pseudo-acini ou pseudo-vésicules de petite taille.

Épithéliomas atypiques.

Observation N° 13. PRÉPAR. b 215 (Lecène).

M. E..., âgé de 50 ans.

Le malade est originaire de Tulle (Corrèze). Il a passé trente ans de vie fatigante en Algérie. A toujours été bien portant.

En 1903, à l'âge de 34 ans, il a remarqué à la base du cou, du côté droit, « trois petits ganglions » indolores. On lui conseille un traitement médical et il ne s'inquiète plus.

Dix ans plus tard, 1913, le malade accuse des douleurs dans la partie droite du cou, surtout dans les mouvements d'hyperextension de la tête, en particulier quand on le rase. D'autre part il a été obligé de faire élargir ses cols à cause d'une augmentation de volume nette de la base du cou. Il pense à un goitre.

En 1916, la tumeur qui a progressé et atteint le volume d'un œuf de poule entraîne le malade à consulter Lecène à Limoges. Une intervention chirurgicale immédiate est conseillée. Cependant le malade retourne en Algérie.

En août 1918, la tumeur subit une poussée, « une fluxion » brusque. La peau est lisse, très tendue, prête à éclater. Des douleurs très vives apparaissent, localisées à la base du cou, au niveau de la tumeur et irradiant vers l'épaule et le bras droits, vers la nuque et derrière l'oreille droite. Ces douleurs continues subissent des paroxysmes très violents, elles ne s'accompagnent pas de dyspnée.

Ces phénomènes durent de dix à quinze jours, puis ils rétrocedent, cependant la tumeur reste un peu plus volumineuse qu'elle ne l'était antérieurement.

En mars 1919, une nouvelle poussée de mêmes caractères, de même durée survient, laissant le corps thyroïde encore plus gros.

En juin 1919, survient encore une autre poussée, moins forte cependant que les deux précédentes. Mais entre mars et juin, la tumeur a encore accru son volume.

Le malade entre à Dubois le 30 juin 1919. Son état général est bon. Il n'y a pas de dyspnée, pas de dysphagie, la voix est rauque, enrouée depuis un mois surtout. La voix était couverte depuis mars.

A l'examen, on constate un nystagmus latéral spontané et provoqué, mais il est antérieur à l'apparition de la tumeur. Il n'y a pas d'autres troubles oculo-pupillaires. L'examen des régions sous-hyoïdienne et carotidienne montre à droite une tumeur volumineuse, piriforme, dont le sommet paraît séparé par un sillon d'une autre tumeur beaucoup plus petite, ovoïde et immédiatement sus-jacente. Il n'y a pas d'œdème, pas de dilatation des veines de la face et du cou. Cette tumeur volumineuse est irrégulièrement bosselée, de consistance homogène, uniformément dure, très dure. Elle occupe le lobe latéral droit du corps thyroïde, empiète en dedans sur l'isthme. Elle est très nettement limitée en arrière, en haut et en avant. En bas elle paraît se prolonger derrière le tiers interne de la clavicule et le manubrium (matité à la percussion). La peau est très mobile, elle n'adhère nulle part. Par contre la tumeur est fixée sur les plans profonds ou du moins peu mobile. Le sterno-cléido-mastoidien est atrophié mais non englobé. On peut le pincer en avant et au-dessous de la tumeur. Il est rejeté en dedans vers la ligne médiane. Le larynx et la trachée sont déviés à gauche, ils sont fixés mais non englobés (les mouvements de déglutition entraînent la tumeur, mais peu car elle est très fixée). Le paquet carotidien est inaccessible en arrière, il est sans doute repoussé en dedans, l'artère temporale superficielle droite bat peut-être avec un certain retard sur la gauche.

Au-dessus de la tumeur, on trouve un ganglion volumineux, ovoïde, moins dur que la tumeur dont il est très distinct.

La circonférence du cou prise à la base est de 42 cm. Prise au 1/3 moyen, presque au sommet de la tumeur, elle est de 40 cm.

Il n'existe pas de métastase osseuse. L'intervention a lieu le 2 juillet 1919. On sacrifie le sterno-cléido-mastoidien. On dissèque le paquet vasculo-nerveux du cou. On ne conserve que la carotide

primitive et sa bifurcation, ce qui est possible en attaquant par derrière. On lie le tronc thyro-bicervico-scapulaire et la vertébrale au ras de l'artère sous-clavière.

Ablation de la tumeur.

Hémostase soignée. Mèches et drains.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. *b* 245). — A la coupe, c'est l'aspect d'un carcinome avec par endroits de gros lobes cancéreux, ailleurs des cellules cancéreuses éparpillées soit isolément soit par petits groupes. Il n'y a pas d'aspect colloïde et on ne trouve nulle part de colonisation intra-vasculaire. Les cellules sont indifférenciées. Rien ne permet de déceler l'origine thyroïdienne.

Observation N° 14. PRÉPAR. *b* 203 (Lecène).

M^{me} B..., âgée de 40 ans, vient consulter en septembre 1913 pour une tumeur du lobe droit du corps thyroïde. Cette tumeur a commencé il y a quatre mois et depuis a progressé très rapidement. Elle détermine de la dyspnée et la raucité de la voix. A l'examen endoscopique, on constate l'existence d'une paralysie récurrentielle droite et une compression de la trachée.

Le 13 septembre 1913, sous-anesthésie au chloroforme une hémithyroïdectomie droite est pratiquée. Elle emporte le récurrent, mais laisse adhérentes à la trachée des parties suspectes qui sont cautérisées au thermo-cautère.

La malade meurt le 20 octobre 1913 avec des signes de généralisation abdominale.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. *b* 203). — Le corps thyroïde est normal, oedémateux, dissocié par une tumeur sans qu'il y ait transition entre le corps thyroïde sain et la tumeur.

La tumeur est constituée par des éléments très atypiques, infiltrés sans ordre, ne représentant aucun aspect tissulaire. Les cellules sont d'ailleurs fragiles, mal fixées, le protoplasme a des limites indistinctes : les noyaux sont peu colorables ou au contraire.

Observation N° 15. PRÉPAR. b 258, n° 733 (Lecène).

M. S..., 54 ans.

Depuis la fin du mois de mars 1922, le malade accuse des douleurs dans la moitié droite de la tête. Ces douleurs, surtout intenses au niveau de l'oreille et du creux parotidien, surviennent par crises qui durent 2 ou 3 heures, parfois toute la journée. A ce moment, elles n'empêchent pas le sommeil.

Il subit alors un traitement médical. Les douleurs diminuent et disparaissent complètement à la fin d'avril. Le volume du cou n'a pas augmenté. Le malade n'a pas été obligé de changer la peinture de ses cols.

Cependant bientôt les douleurs reparaissent, elles envahissent le cou et le creux sus-claviculaire droit. Elles surviennent par crises très violentes, s'accompagnent de hoquet, mais jamais de troubles respiratoires.

Au début du mois de mai, le cou augmente de volume jusqu'à un maximum atteint vers le 10. A partir de ce moment, la tumeur reste stationnaire, les douleurs persistent aussi violentes. Il n'y a toujours pas de dyspnée, mais la voix commence à s'éteindre légèrement.

Au mois de juin, les douleurs sont plus violentes et continues, la voix se voile davantage et le malade note une légère gêne respiratoire. Il n'y a pas de troubles de la déglutition.

L'examen pratiqué le 8 juin 1922, montre un malade peu amaigri, mais très fatigué. Le cou est augmenté de volume. On sent une tumeur qui semble descendre un peu en avant du sternum. Elle remonte à 4 travers de doigts au-dessus du sternum, atteignant en dehors et à droite la ligne passant par le pavillon de l'oreille, à gauche une ligne passant un peu en avant de l'angle de la mâchoire.

Cette tumeur est de consistance dure. Elle paraît formée de trois lobes, le lobe gauche étant le mieux marqué et le plus petit. La tumeur ne se déplace pas lors des mouvements de déglutition.

L'examen laryngologique pratiqué le 8 juin montre une paralysie récurrentielle droite complète. Rien à gauche.

L'intervention a lieu le 9 juin 1922. On sectionne tous les muscles s'insérant au bord supérieur du sternum et de la clavicule. Après

séparation des adhérences superficielles, on libère la jugulaire interne.

On décortique la tumeur kystique (néoplasme évident avec supuration). En décollant, on blesse la carotide primitive que l'on lie. On résèque le lobe droit du corps thyroïde. Hémostase. Mèches de gaze. Crins.

Décès 6 mois après l'intervention avec récédive locale.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. *b* 258, n° 733). — Il s'agit d'une tumeur épithéliale massive qui est indépendante d'un lambeau thyroïdien normal et séparée de lui par un tissu scléreux infiltré (surtout de polynucléaires) et qui paraît lui former une coque dure ligneuse. Macroscopiquement d'ailleurs on peut aussi séparer le corps thyroïde de la tumeur enveloppée de son tissu scléreux.

La tumeur est formée par un amas cellulaire presque compact, sans structure alvéolaire. Ces cellules sont tantôt cubiques, tantôt allongées, fusiformes. Parmi elles, on trouve une infiltration de polynucléaires très importante. Il y a de nombreuses mitoses et quelques cellules monstrueuses. Circulation lacunaire (? ?).

Observation N° 16. PRÉPAR. *b* 314 (Lecène).

M^{me} D..., âgée de 62 ans, est atteinte depuis peu de temps d'une tumeur du corps thyroïde siégeant sur le lobe gauche. Il y a un mois est apparue une paralysie récurrentielle gauche. A l'examen le lobe gauche est dur, mais mobile, il est un peu sensible. Il n'existe pas de périthyroïdite.

Le 24 juillet 1925, après section transversale du sterno-cléido-mastoïdien, on extirpe le lobe gauche du corps thyroïde. Le récurrent est sectionné. Il existe des adhérences solides à la trachée et à l'œsophage.

Sur la pièce on hésite entre le diagnostic de cancer et de tuberculose. L'examen histologique montre qu'il s'agit de cancer. D'ailleurs une récédive apparaît au mois de décembre 1925, elle est traitée par les rayons X. La malade depuis n'a pu être suivie.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. *b* 314). — La coupe ne montre pas de corps thyroïde. Il s'agit d'un cancer très atypique qui envahit

le muscle (à l'endroit du prélèvement). C'est un cancer infiltrant. On constate tantôt des boyaux, tantôt des chaînes de cellules, soit isolées, soit cubiques.

Observation N° 17. PRÉPAR. b 324, n° 1924 (Lecène).

M. D..., âgé de 50 ans, originaire de la Corrèze, présente une tumeur du lobe gauche du corps thyroïde. Elle ne détermine ni dyspnée, ni dysphagie, mais depuis deux ou trois mois elle cause des douleurs dans le territoire du plexus cervical gauche.

A l'examen, on trouve une tumeur latérale gauche, très dure. Il y a de nombreux ganglions volumineux le long de la chaîne jugulaire du côté gauche. Enfin au niveau du manubrium sternal, il existe deux lobules sphériques manifestement métastatiques.

Le 13 février 1926, on pratique une hémi-thyroïdectomie gauche large avec section du nerf récurrent. Sur la pièce on voit que le cancer s'est développé au centre d'un ancien goitre calcifié.

Le malade meurt le 20 mai 1926 avec une récidive locale.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. b 324, n° 1924). — On ne trouve pas de corps thyroïde normal, tout est tumeur. Il s'agit d'une néoplasie très atypique constituée par de grands amas de cellules épithéliales qui forment fréquemment des pseudo-kystes avec une bordure de grandes cellules cubiques, et au centre des éléments plus ou moins dégénérés. Autour de ces éléments pseudo-kystiques, il y a une infiltration très importante. Elle est peut-être constituée par des cellules inflammatoires, mais ce sont peut-être des cellules néoplasiques, petites et très différentes d'aspect des grandes cellules cubiques formant les pseudo-kystes.

Prép. b 329, n° 2073. — Le noyau sous-cutané qui distend la peau a le même aspect cellulaire que dans la précédente préparation. Mais à côté de la forme pseudo-kystique, il y a une forme végétante. Les grands axes conjonctifs sont recouverts des mêmes éléments cubiques que dans l'autre préparation.

Observation N° 18. PRÉPAR. b 270, n° 924 (Lecène).

M^{me} S..., 53 ans, née dans les Landes.

A l'âge de 24 ans, elle a remarqué une petite tumeur de la taille d'une noisette, au niveau de la partie moyenne du cou à droite.

Cette petite tumeur s'accroît progressivement sans déterminer de signes fonctionnels. Elle atteint le volume d'un œuf lorsque la malade à trente ans. Elle a toujours continué à s'accroître depuis ce temps. Mais c'est surtout depuis six mois que son volume a augmenté considérablement. Il y a cinq mois la malade a ressenti une dysphagie légère qui a disparu à l'heure actuelle. Elle n'a jamais eu d'oppression. Elle signale seulement de petites crises de palpitations qui durent dix minutes environ, une céphalée occipitale avec paroxysmes très violents ayant entraîné la consommation de 600 cachets d'aspirine en 6 mois. De temps en temps, les lèvres sont violacées, mais il n'y a jamais eu de cyanose généralisée de la face.

La malade a maigri de 16 kgr. depuis 6 mois. Elle a perdu l'appétit depuis un mois surtout. Et elle est très affaiblie.

A l'examen, on constate l'existence d'une tuméfaction siégeant dans la région cervicale. La peau est normale. La tuméfaction s'étend de haut en bas, du bord inférieur du maxillaire jusqu'à la clavicule ; latéralement elle déborde en arrière la verticale, passant par la mastoïde à droite, et en avant elle franchit la ligne médiane.

Elle est dure, irrégulière, se mobilise dans les mouvements de déglutition et n'adhère pas à la peau. On ne peut sentir le poulx carotidien à droite, on ne peut mobiliser le sterno-cléido-mastoïdien sur la tumeur. Enfin au niveau du pôle postérieur on sent des ganglions petits, durs et mobiles.

L'intervention est pratiquée le 19 janvier 1923. On résèque la veine jugulaire externe. On dissèque sans les voir la carotide primitive et le pneumogastrique droits. On sectionne le récurrent. On lie les artères thyroïdiennes inférieures. On dissèque la trachée et l'œsophage. On enlève de nombreux ganglions sus-claviculaires. Suture complète sans drainage.

A la coupe, il s'agit d'un goitre ancien, calcifié au centre, avec cancérisation périphérique.

La malade meurt le 1^{er} mars 1929 d'hémorragies secondaires multiples par la plaie opératoire qui ne s'est jamais complètement cicatrisée.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. b 270, n° 924). — La coupe est presque entièrement constituée par de la nécrose. Ce n'est qu'au pourtour que l'on retrouve des éléments néoplasiques atypiques,

les uns en boyaux étroits, les autres fusiformes. Il y a une infiltration marquée du tissu conjonctif et amas de pigments.

Observation N° 19. PRÉPAR. *b* 338, n° 2335 (Lecène).

M^{me} H..., âgée de 70 ans, est atteinte depuis 3 mois d'une tumeur du lobe gauche du corps thyroïde. Cette tumeur s'est développée très vite. Elle détermine du cornage, elle altère la voix et provoque de la dysphagie. Au laryngoscope, on vérifie la paralysie de la corde vocale gauche.

A l'examen, il s'agit d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus. La trachée est fortement refoulée à droite et le paquet vasculo-nerveux est perçu en arrière du sterno-cléido-mastoidien. La tumeur paraît assez bien limitée. Sa consistance est un peu molle.

Le 18 décembre 1926, sous anesthésie au chloroforme, on enlève la tumeur après ligature des deux artères thyroïdiennes. Une blessure de la veine jugulaire interne force à la ligature de ce vaisseau. Une petite plaie du pharynx est suturée. La plaie est tamponnée et drainée.

La malade meurt deux jours plus tard avec des signes d'ictus cérébral.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. *b* 338, n° 2335). — Il n'y a pas de corps thyroïde visible sur la coupe. L'aspect est absolument atypique. Il n'y a que des cellules rondes toutes pareilles, placées les unes à côté des autres, sans structure, et qui au premier coup d'œil ressembleraient assez aux cellules du séminome. Il n'y a pas de monstruosité cellulaires, pas d'aspects colloïdes, pas d'envahissement vasculaire.

Observation N° 20. PRÉPAR. *b* 358, n° 3013 (Lecène).

M. B..., âgé de 52 ans, originaire de la Haute-Marne.

A la fin de novembre 1927, il s'est aperçu de la présence d'une petite masse dure de la grosseur d'une noisette à la partie antérieure gauche du cou. Cette petite tumeur ne détermine aucun trouble de la déglutition. Elle n'est pas douloureuse, ni spontanément, ni à la pression. Mais elle augmente très vite de volume et au bout d'un

mois atteint le volume d'un œuf de poule. Enfin des troubles fonctionnels apparaissent peu à peu : toux fréquente, déglutitions douloureuses. En janvier 1928, apparaissent des nausées et de l'anorexie.

A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule, siégeant dans la partie antéro-latérale gauche du cou, au niveau du lobe thyroïdien gauche.

Cette tumeur est dure, elle est mobile dans les mouvements de déglutition, elle n'adhère pas au sterno-cléido-mastoïdien. Elle est accompagnée de quelques ganglions indurés qui correspondent à la corne supérieure du lobe thyroïdien.

L'examen laryngologique ne décèle pas de paralysie récurrentielle, ni de lésion ulcéreuse du larynx ou du pharynx.

L'intervention est pratiquée le 19 janvier 1928.

Incision de Kocher. Hémithyroïdectomie gauche totale. Section de l'isthme. Ligature des vaisseaux thyroïdiens inférieurs et supérieurs à distance. Section volontaire du récurrent. Hémostase complète.

A l'examen macroscopique, cancer du lobe gauche du corps thyroïde ; les ganglions du pédicule supérieurs sont pris.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. b 358, n° 3013). — Il s'agit d'un cancer atypique. Le néoplasme est constitué par de grandes cellules cubiques dont beaucoup sont monstrueuses. Elles sont disposées le plus souvent sans ordre. Il semble que cet aspect dérive de pseudo-acini bien limités par un tissu conjonctif et remplis des cellules cubiques de grande taille. On retrouve de place en place une vésicule thyroïdienne dégénérée, vide, mais encore reconnaissable.

Observation N° 21. PRÉPAR. b 369, n° 3310 (Lecène).

M^{me} G..., 57 ans.

La malade a un goitre depuis 20 ans, mais il ne lui a jamais causé aucune gêne.

Depuis 6 ans, il s'est accru peu à peu mais sans déterminer de signes fonctionnels. La malade n'avait jamais consulté à ce sujet.

En 1924, elle se fait traiter à Laënnec par le D^r Coulaud mais

Aplatissement transversal de la trachée. La dyspnée semble être d'origine trachéale basse.

Décès par la suite.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 3367). — Il s'agit d'un néoplasme très atypique constitué par des cellules d'un type uniforme, cellules petites à gros noyau et paraissant au premier abord disposées sans ordre, séparées seulement les unes des autres par quelques cloisons conjonctives. En réalité, à un grossissement suffisant, on voit que ces cellules sont encore par endroits disposées en alvéoles qui rappellent vaguement le tissu dont elles dérivent.

Observation N° 23. PRÉPAR. 5523 (Mouzon).

Il s'agit d'une femme de 41 ans, qui lors d'un séjour à Hendaye, à la fin de 1933, a vu survenir une augmentation de volume de son cou et de la dyspnée. Elle n'avait pas de goitre antérieurement.

La dyspnée est devenue rapidement très intense, avec des crises de suffocations violentes. Puis apparurent des névralgies cervicales et un syndrome de Claude Bernard-Horner. La malade est traitée par l'iode.

Elle est vu le 6 mai 1934 par le Dr Mouzon qui constate une grosse tuméfaction du corps thyroïde surtout marquée à gauche. Elle est d'une dureté, ligneuse, très adhérente de toutes parts, inopérable. Il y a de nombreux ganglions des deux côtés, surtout en arrière.

Du 9 mai au 15 juin, elle est traitée par le sérum de Coulaud qui atténue nettement les crises de suffocation mais ne semble pas modifier la tumeur.

Une biopsie est pratiquée le 19 mai par le Dr Roux-Berger. Une inoculation au cobaye reste négative.

Le 23 mai, on met en œuvre la télécuriethérapie, et le 10 juin, à l'ablation du collier, on constate que la tumeur a complètement disparu. Mais le radium a déterminé des accidents muqueux assez importants qui régressent par la suite.

La malade est revue un an après. Elle n'a ni récurrence, ni métastase. Elle présente seulement quelques signes légers d'hypothyroïdie et le syndrome oculo-sympathique n'a pas disparu.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 5523). — L'examen montre une

tumeur tout à fait atypique où plus rien ne rappelle l'aspect thyroïdien.

Les éléments néoplasiques sont disposés sans ordre, beaucoup sont monstrueux, la plupart d'entre eux n'ont pas de limite propre et forment une sorte de syncytium. Il y a quelques mitoses. Enfin les aspects néoplasiques sont surchargés par des polynucléaires nombreux.

Observation N° 24. PRÉPAR. 5833, 5834, 5835 (Moulonguet).

M^{me} D..., 57 ans, originaire de la Sarthe.

On avait découvert un petit goitre il y a 6 ans. Depuis 3 mois, il est devenu très apparent et a pris un développement considérable depuis quelques semaines.

A l'examen, on trouve un gros noyau thyroïdien droit, très dur, très peu mobile. Il n'y a pas de ganglions. Rien par ailleurs ni cliniquement ni à l'examen laryngoscopique.

L'intervention est pratiquée le 8 novembre 1934 (sédol, plus loco-régionale). Le noyau tumoral tient à la trachée, rendant l'opération pénible ; toute tentative d'extériorisation entraîne de l'agitation, de la dyspnée, du cornage. Les artères thyroïdiennes sont liées à droite, le noyau disséqué au bistouri le plus près possible de la trachée. Le récurrent paraît respecté. Il reste seulement un peu de parenchyme au pédicule supérieur. Un noyau très dur senti à gauche, est enlevé après ligature du pédicule supérieur et section en travers du lobe droit dont la moitié supérieure est respectée. De plus on enlève deux autres nodules isthmiques. Drains. Sutures en cravate.

Le noyau gauche est calcifié. Le noyau droit est un cancer.

Le Dr Mallet fait fin novembre 1934, une application de radium.

La malade est revue le 15 mars 1935. Elle va très bien. Il n'y a pas de récédive et le lobe gauche a régressé par le radium.

EXAMEN HISTOLOGIQUE :

prép.	{	5833 (lobe droit) ;
		5834 (ganglions) ;
		5835 (lobe gauche calcifié).

5833. — Sur le lobe droit l'on voit toutes les étapes entre la glande

normale et le cancer confirmé. Les vésicules ont un revêtement pluristratifié ; leur lumière contient une substance amorphe moins colorable. Puis ce sont des cordons irréguliers au sein desquels on voit encore des formations vésiculaires et enfin des amas ayant un aspect carcinomateux avec de grandes cellules cubiques, avec de nombreuses mitoses. Ces cellules ressemblent en plusieurs points aux cellules du corps jaune.

5834. — Idem.

5835. — Ganglions calcifiés mais avec des éléments néoplasiques.

Observation N° 25. PRÉPAR. 4944 (Lenormant).

M. T..., 60 ans, du Loiret.

Malade porteur depuis son enfance d'un petit goitre du lobe droit devenu gros comme un œuf. Vers Noël accroissement brusque de ce goitre qui envahit toute la région cervicale antérieure des deux côtés, en même temps qu'apparaissent des accidents de compression et une ecchymose cervicale et thoracique supérieure. Depuis les accidents persistent.

Actuellement, tumeur thyroïdienne diffuse occupant toute la base du cou et noyant la trachée, s'enfonçant derrière le sternum, paraissant un peu bosselée, extrêmement dure. Le lobe droit paraît un peu plus gros que le gauche. Raucité de la voix. Dyspnée avec léger tirage. Cyanose. Dysphagie complète sauf pour les liquides. Douleurs irradiées dans le cou et la tête.

Opération le 3 février 1933. Anesthésie locale à la novocaïne. Grande incision en cravate. Sauf le sterno-cléido-mastoïdien, les plans préthyroïdiens infiltrés par le sang sont méconnaissables. La masse très dure adhère partout, et l'on ne peut reconnaître, ni la capsule thyroïdienne ni les pédicules. Le malade asphyxiant on énuclée rapidement une masse beaucoup plus grosse que le poing qui représente le lobe droit, et on l'extirpe. Le malade respire mieux, la trachée se trouve libérée et ne s'affaisse pas. L'aspect des lésions est celui d'un cancer. On fait un surjet sur ce qui reste du lobe droit, mais des artères saignent au niveau de la coque d'énucléation et il est impossible de les pincer. On arrête l'hémorragie par tamponnement. Du côté gauche, on essaie la même intervention, la tumeur paraît moins volumineuse et encore plus adhérente. On se

contente donc de dégager la trachée, et là encore il faut tamponner pour arrêter l'hémorragie.

La plaie est refermée par du catgut sur le muscle, des agrafes sur la peau. Le fragment enlevé renferme dans son centre un vieux foyer hémorragique infiltré.

Le malade meurt le lendemain de l'opération.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 4944). — Les 9/10^e de la surface des coupes sont occupées par du tissu nécrosé, on ne trouve d'éléments vivants que par petites plages. Il s'agit tantôt de corps thyroïde sclérosé mais dont les alvéoles sont normaux, tantôt d'un épithélioma très atypique formé de cellules cubiques assez grandes disposées sans aucun ordre et ne sécrétant rien. On trouve des transitions entre cet épithélioma atypique et les vésicules thyroïdiennes.

Observation N° 26. PRÉPAR. 4278 (Lenormant).

M^{me} M..., âgée de 66 ans, a depuis 4 ans un petit goitre du lobe droit. Ce goitre a grossi rapidement depuis 6 mois et atteint le volume d'une tête de fœtus en mai 1931.

La tumeur est légèrement bosselée, de consistance variable, mais avec prédominance de zones dures. A sa surface on sent un noyau distinct, mobile, aplati, large comme une pièce de 1 franc et qui semble être un ganglion. La voix est goitreuse. Il y a de la dyspnée d'effort mais pas de tirage malgré un déplacement très net de la trachée. Rien à l'examen laryngoscopique. La tumeur est gênante par son volume et un peu douloureuse.

L'intervention est pratiquée le 4 mai 1931 (Lenormant). Anesthésie au chloroforme.

On fait une grande incision en cravate. On lie la jugulaire externe droite. On sectionne rapidement les plans superficiels, y compris le sterno droit coupé dans toute sa largeur. La couche musculaire et aponévrotique profonde adhère à la tumeur et on en sacrifie une partie. Libération progressive du lobe droit en commençant par le pôle supérieur et le bord externe, et en pinçant successivement tous les tractus que l'on est amené à couper. On reconnaît la C. E. et le X qui contournent la tumeur et s'en séparent facilement. On ne voit pas la J. I. probablement refoulée en arrière, cependant

une hémorragie abondante qui vient à un moment de la profondeur en bas et qu'on arrête avec une pince, fait soupçonner une blessure latérale de la veine au pôle inférieur de la tumeur. On arrive ainsi jusqu'à l'œsophage et au bord latéral du larynx, après avoir coupé les deux pédicules droits. On se reporte alors en dedans, l'isthme thyroïdien atrophié n'est pas reconnu. On détache progressivement la tumeur de la trachée à laquelle elle adhère, mais au moment d'achever cette libération, on fait une petite perforation de la trachée. Cette perforation siège à l'union du bord droit et de la face postérieure de l'organe, elle donne passage à quelques bulles d'air, mais il semble que peu de sang pénètre par la trachée, et la respiration continue à se faire normalement. On ferme cette brèche par deux points au catgut fin.

L'œsophage ne semble pas avoir été ouvert.

L'extirpation de la tumeur thyroïdienne est bien complète, mais on n'a pas recherché les ganglions. Les pinces sont remplacées par des ligatures. Mèche goménolée dans l'angle trachéo-œsophagien droit.

Suture des muscles au catgut. Peau avec agrafes.

Au début de juin 1931, un mois après l'intervention, la malade revient avec un ganglion du volume d'une petite noix, siégeant dans la région sus-claviculaire droite, sous le bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Le 15 juin 1931, une incision est pratiquée sur la saillie de la petite tumeur qui est superficielle. On la dissèque facilement, elle n'est nulle part adhérente. On l'enlève. Suture.

Après cette deuxième intervention, une paralysie récurrentielle apparaît. La malade est soumise à un traitement radiothérapique intensif.

Elle est revue en octobre 1933, 2 ans 1/2 après la 1^{re} intervention. On constate une récurrence sus-claviculaire droite. C'est une tumeur énorme, grosse comme deux poings avec une ulcération qui est le siège d'hémorragies profuses, très difficiles à enrayer. On décide de tenter une exérèse partielle pour nettoyer la région et faire l'hémostase.

Le 12 octobre 1933 (Lenormant).

Une incision elliptique circonscrit la base de la tumeur dont on dissèque progressivement la face profonde. Sa libération est assez facile à la périphérie, mais à la partie profonde et interne, on tombe

sur une masse cancéreuse en continuité avec la tumeur superficielle et remplissant les régions sus-claviculaire et carotidienne. On coupe à ce niveau en plein cancer et on enlève la tumeur ulcérée. L'hémorragie est modérée ; on l'arrête par quelques ligatures et un tamponnement avec une mèche adrénalinée. Le reste de l'incision est suturé aux crins (assez forte tension en raison de l'étendue de l'exérèse).

La malade quitte l'hôpital le 3 novembre 1933. Elle est revue le 22 février 1935. La récurrence locale s'est développée. Elle constitue une tumeur bosselée grosse comme trois poings, adhérente au sternum, débordant sur les premiers espaces intercostaux et dans la région sus-claviculaire. Certaines parties sont dures, d'autres fluctuantes. La masse est bloquée, fixée aux os. Elle s'est progressivement développée malgré la radiothérapie. L'état général s'altère, la malade a beaucoup maigri. La voix est de plus en plus couverte. Il y a parfois des crises de suffocation avec dans certains cas, perte de connaissance durant 20 minutes. Il y a aussi des nausées, des vomissements, de la diarrhée et des douleurs abdominales.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 4278 et 1481).

4278. — Néoplasie assez hétérogène qui montre tous les aspects depuis l'acinus thyroïdien presque semblable à un acinus normal avec une colloïde un peu rétractile jusqu'à des aspects carcinomateux.

Parmi ces aspects intermédiaires, signaler comme fréquent celui de travées de cellules claires ressemblant beaucoup au cancer à cellules claires du rein.

Pas de monstruosité cellulaires proprement dites.

Pas d'envahissement vasculaire.

1481. — Récurrence du précédent. Aspect analogue, mais les points typiques rappelant le goitre non cancéreux sont au moins aussi fréquents dans cette récurrence que dans la première tumeur.

Observation N° 27. PRÉPAR. 2167 (Lenormant).

M. B..., 58 ans.

Goitre du lobe thyroïdien gauche, gros comme un œuf d'oie, un peu bosselé, de consistance très dure. Le pôle inférieur de la tumeur plonge derrière la clavicule, mais remonte dans les mou-

vements de déglutition, et on arrive à sentir le bord inférieur. Voix couverte et dyspnée légère. Pas de signe d'hyperthyroïdisme. Aux dires du malade, la tumeur serait apparue il y a deux ans et aurait grossi surtout depuis quatre mois.

Diagnostic probable : goitre malien.

Opération le 12 mai 1927. Anesthésie locale novocaïne.

Incision en cravate plus étendue dans moitié gauche du cou. Section de la moitié antérieure du sterno gauche et des muscles sous-hyoldiens. On arrive ainsi sur la face antérieure de la tumeur. Elle est adhérente aux plans voisins, ne se laisse pas décoller. Il faut faire une libération extra-capsulaire aux ciseaux (section des veines thyroïdiennes inférieures). Dans la profondeur, le lobe se laisse facilement libérer et extérioriser. L'artère thyroïdienne inférieure est liée à son entrée dans la loge.

En arrière de la masse tumorale (et en dedans) il reste une certaine quantité de tissu thyroïdien sain ce qui permet de faire une énucléation — résection du lobe gauche. Le moignon thyroïdien restant est amené au contact de la branche du muscle. Hémostase, suture au catgut. Agrafes sur la peau, pas de drainage.

A la coupe noyau mou d'aspect caséeux (Lenormant).

Vu en juin en pleine récurrence.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 2167). — La plus grande partie de la préparation est constituée par une nécrose au thyroïde, mais à la périphérie se trouvent des zones remplies de cellules *extrêmement atypiques* avec *noyaux* souvent très monstrueux. Il s'agit incontestablement d'une tumeur maligne c'est le *carcinome thyroïdien* des auteurs.

Observation N° 28. PRÉPAR. 1689 (Lenormant).

M^{me} V...

Cancer du corps thyroïde développé en quelques mois. La malade affirme n'avoir pas eu de goitre antérieur.

Actuellement, tumeur dure, encore un peu mobile, plongeant derrière le sternum.

Le lobe droit et l'isthme paraissent surtout envahis. Le goitre semble normal. Quelques ganglions au voisinage.

Dyspnée avec cornage, cyanose de la face.

Pas de lésions des cordes vocales au laryngoscope.

Opération le 22 mai 1926. Anesthésie locale à la novocaïne. Grande incision en cravate remontant très haut sur le sterno-cléido-mastoïdien droit et rasant en bas la fourchette sternale.

Section de la jugulaire externe droite et du sterno-cléido-mastoïdien droit. Section des muscles sus-hyoïdiens, mais la couche profonde de ceux-ci adhère à la tumeur et il faut la réséquer en partie. Dégagement du bord inférieur et luxation du goitre (Pincement et section des veines inférieures). Le corps thyroïde est envahi en totalité, le lobe gauche aussi bien que le droit. On libère successivement le pourtour de chaque lobe en pinçant et coupant tout ce qui tient et sans reconnaître les pédicules. La masse ne tient plus que par son adhérence très intime avec le larynx et la trachée. On la détache progressivement de haut en bas en disséquant l'arbre aérien au bistouri et aux ciseaux. En bas, il y a un point envahissement de la trachée dont les cartilages sont détruits dans l'étendue d'environ 1 cm² et à ce niveau l'exérèse est vraisemblablement incomplète.

La trachée libérée ne s'affaisse pas.

On remplace les pinces par des ligatures.

On vérifie l'hémostase. On suture les muscles au catgut et la peau aux crins et aux agrafes en laissant un drain.

On a certainement enlevé tout le corps thyroïde.

La malade est morte le 6 mars 1928.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 1689). — C'est un épithélioma très atypique, on reconnaît quelques éléments thyroïdiens et par endroit du cancer lobulé avec des amas de cellules claires (comme le rein). Métastases intra-vasculaires.

Observation N° 29. PRÉPAR. 1344 (Lenormant-Moure).

M^{me} R..., 55 ans, présente des douleurs et des signes de compression du récurrent gauche. Elle a une tumeur du lobe gauche du corps thyroïde. Tumeur profonde, arrondie, régulière et très dure. Il y a un ganglion néoplasique sus-claviculaire.

L'intervention est pratiquée le 12 octobre 1928 (Moure). Inci-

sion transversale de la peau et des muscles. On dénude la paroi antérieure qui présente un aspect lardacé. Le doigt trouve un plan de clivage latéral et postérieur en passant dans un tissu d'aspect inflammatoire d'où sort un peu de liquide séreux louche. La tumeur très nettement encapsulée descend un peu derrière le sternum. On trouve là deux petits ganglions que l'on enlève avec elle. On ne perçoit pas d'autres ganglions. Hémostase simple. Suture. Drainage. A la coupe la tumeur est composée de tissu rougeâtre avec des zones de caséification. La malade meurt quelques semaines après l'opération.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 1344). — La tumeur est constituée par de gros lobules à stroma assez grêle. Ces lobules sont tantôt constitués par de petites cellules foncées, tantôt formés uniquement de cellules volumineuses et claires.

A un grossissement suffisant on voit dans ces masses cellulaires très denses se former de place en place un acinus qui sécrète de la colloïde. Certains de ces acini sont tout à fait typiques. Il y a quelques mitoses et quelques monstruosité surtout dans les lobes à cellules claires.

Observation N° 30. PRÉPAR. 1272 (Sylvain Blondin).

M. T. A..., 43 ans, vient consulter le 20 juillet 1932 pour une augmentation de volume du cou datant de 3 mois. Il n'a jusqu'alors ressenti qu'une gêne légère à la déglutition. Il n'a jamais présenté de signes de compressions nerveuse ou respiratoire.

A l'examen, on constate l'existence d'une tuméfaction grosse comme un œuf siégeant au niveau du lobe droit. Cette masse est très dure, bien mobile en particulier sur la peau. Son pôle inférieur est à peine accessible derrière la clavicule.

Il n'y a pas de ganglions. On pense qu'il s'agit d'un goitre encapsulé facilement énucléable.

Il n'y a aucun signe de basedowification, pas de tremblement, pas d'exophtalmie, le cœur est calme et régulier. La tension 18-12. L'état général est parfait.

Le malade est opéré le 26 juillet 1932. Anesthésie locale à la novocaïne. Section des muscles. Lobectomie droite. Extraction difficile et douloureuse du pôle inférieur droit. Sutures.

L'examen de la pièce montre un goitre solide, avec 2 zones blanchâtres très denses, criant sous le couteau, avec des hémorragies en flaqes, des dépôts jaunâtres qui semblent cholestériniques.

Le malade est revu le 5 septembre 1934. Il est en excellent état. Il n'accuse aucun malaise et localement on trouve une cicatrice souple, très mobile, il n'y a aucun signe de récïdive.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 1272). — La coupe montre un noyau limité par une coque fibreuse, avec en bordure un peu de corps thyroïde normal. Le noyau goitreux est remarquable par l'importance des plages de fibrose œdémateuse en partie nécrotique. C'est autour de ce processus que s'ordonnent les cellules épithéliales qui ne reproduisent jamais les cellules typiques et ne secrètent pas. Elles prennent des dispositions diverses, tantôt pseudo-acineuses, tantôt à type des cellules des tumeurs mixtes des glandes salivaires.

Observation N° 31. PRÉPAR. 3130 (Mallet).

M. A..., âgé de 58 ans, né à Faulx dans la Meurthe-et-Moselle a constaté vers la mi-janvier 1928, une petite tuméfaction de la base du cou. Rapidement cette tuméfaction a augmenté et a pris le volume d'une mandarine.

Le malade est allé consulter le Dr Riche qui lui a fait une ablation de cette tumeur.

La tumeur enlevée le 13 mars 1928 est un carcinome squirrheux.

Après l'opération le malade commence à présenter quelques troubles fonctionnels : essoufflement facile, gêne à la déglutition.

A ce moment l'examen montre l'adhérence de la cicatrice aux plans profonds cellulo-aponévrotique, mais non à la trachée. Dans les mouvements de déglutition, la partie interne de la cicatrice est entraînée. Il ne semble pas y avoir de récïdive locale. On trouve quelques ganglions dans le creux sus-claviculaire droit, ils sont de la grosseur d'une noisette et bien mobiles dans la profondeur. Il n'y en a pas ailleurs.

En mai 1928, on lui applique (en vue de traiter la cicatrice et ces ganglions qui n'ont pas été enlevés chirurgicalement) un appareil moulé renfermant 6 foyers de radium. Il reste en place 16 jours.

Le malade revu en juin présente des céphalées et des douleurs

dans la région cervicale. Il meurt à la fin de juin 1928, 3 mois 1/2 après l'opération.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 3130). — A la coupe on voit une tumeur avec une large plaque nécrotique. La tumeur infiltre le corps thyroïde dont on voit encore quelques parties saines, les éléments néoplasiques sont tout à fait indifférenciés.

Les cellules disposées sans ordre sont mélangées de polynucléaires. Elles sont cubiques.

A l'intérieur d'une grosse veine, on voit un bourgeon constitué par ces éléments cancéreux.

Néoplasies hétérotypiques.

1^o Aspects pseudo-sarcomateux.

2^o Aspects parathyroïdiens.

Observation N^o 36. PRÉPAR. b 377, n^o 3638 (Lecène).

M^{me} N..., âgée de 50 ans, originaire du Limousin, présente un goitre qui existe depuis de longues années, mais a beaucoup augmenté depuis quelques mois. Dans les dernières semaines, elle est menacée d'asphyxie, ne peut respirer qu'assise et présente du tirage.

L'opération est décidée à cause de ces phénomènes respiratoires.

Le 29 novembre 1928, anesthésie au chloroforme : la malade présente un arrêt respiratoire avant le début de l'opération. Une énucléation rapide avec extériorisation du corps thyroïde ne rétablit pas la respiration. On fait alors une trachéotomie. Une injection d'adrénaline intra-cardiaque pratiquée en même temps que la respiration artificielle rétablissent la situation pour quelques heures.

Mais la conscience ne reparaît pas et la mort survient le soir même.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (piép. b 377, n^o 3638). — Aspect pseudo-sarcomateux très homogène avec des cellules fusiformes dont beaucoup sont monstrueuses formant des faisceaux qui s'entrecroisent dans divers sens.

Il faut interpréter ces éléments fusiformes comme étant épithéliaux ; en effet en quelques rares points, ils sont cylindriques et disposés au pourtour d'une pseudo-vésicule rappelant le corps thyroïde.

Observation N° 37. PRÉPAR. 5211 et 5212 (Moulonguet).

Mme V..., 55 ans.

Goitre développé depuis un accouchement il y a 26 ans. Il y a quatre mois ce goitre, qui n'était pas gênant, a entraîné des troubles. D'abord grosseur du côté droit, puis dysphagie, puis raucité de la voix. Quelques petites hémoptysies.

Examen : Lobe droit très dur, un ganglion ou un noyau au-dessous. Il est difficilement mobilisable sur la trachée. Lobe gauche normal.

Pas de ganglions carotidiens. Pas de métastases.

Légers signes de Basedow : Tachycardie, tremblement, caractère irritable.

Au laryngoscope : paralysie de la corde vocale droite.

Au trachéoscope : aucun bourgeon intratrachéal.

Le Dr Coulaud fait 5 injections de sérum de Coulaud ce qui produit tout d'abord une légère régression, puis l'état reste stationnaire.

Opération le 14 novembre 1933. Anesthésie locale et régionale droite.

Le lobe droit est décollé petit à petit après section de l'isthme. Le récurrent, la chaîne récurrentielle (avec ganglions) sont coupés au ras du thorax.

En haut l'adhérence au larynx est telle, au niveau du cartilage cricoïde qu'il faut ouvrir la tumeur pour la décoller. Il sort de cette tumeur un amas nécrotique. Tout à fait en haut le cancer thyroïdien se glisse derrière l'œsophage, il n'est pas adhérent aux plans pré-vertébraux. En dernier lieu l'artère thyroïdienne inférieure, très grosse, est liée au contact du corps thyroïde et la tumeur peut être enlevée. Drainage large.

Le lobe gauche n'a pas été touché : il est petit, scléreux, un peu nodulaire.

Les suites sont bonnes et la malade quitte la clinique au bout de quinze jours.

Revue un mois après, elle présente deux ganglions cancéreux,

l'un à droite, l'autre à gauche à distance du foyer opératoire qui reste en parfait état. On fait alors un traitement radiothérapique (Gally). Au bout de quelques mois de ce traitement, la malade est nettement affaiblie et les ganglions apparus depuis l'opération subsistent.

Revue sept mois après elle présente une métastase au niveau de la lèvre supérieure du volume d'une mandarine et saignante. L'état général est très précaire.

Après un essai de traitement par le virus rabique qui se montre inefficace, on enlève la métastase labiale qui était devenue monstrueuse. La malade meurt quelques semaines après (fin juin 1934).

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 5212). — On voit du corps thyroïde normal, et à côté de lui, un aspect *pseudo-sarcomateux* constitué par des cellules fusiformes, dont beaucoup sont monstrueuses avec une dégénérescence nécrotique.

Il y a des transitions entre le corps thyroïde normal et les aspects pseudo-sarcomateux, formées par des pseudo-vésicules, par des amas de cellules cubiques, enfin on passe aux cellules fusiformes pseudo-sarcomateuses.

Observation N° 38. PRÉPAR. 3486 (Gernez).

M^{me} V..., opérée 2 fois par M. le D^r Gernez, pour une tumeur du corps thyroïde, puis pour la récidive de cette tumeur.

Peu de temps après la deuxième intervention :

Récidive locale qui se développe vite.

Métastase pulmonaire.

Mort rapide en moins d'un an.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Il s'agit d'une tumeur qui est bien limitée par une capsule. Sur certaines préparations on voit du corps thyroïde en dehors de la capsule ; mais au niveau de la tumeur elle-même, il n'y a aucune différenciation.

La néoplasie est constituée par des cellules très polymorphes, grandes ou petites, cubiques ou fusiformes. Il existe aussi des cellules géantes polynuclées. Les cellules fusiformes sont de beaucoup les plus nombreuses et constituent un tissu en apparence sarcomateux.

S'agit-il d'un sarcome vrai ? Il semble que non, mais c'est impossible à démontrer car il n'y a pas de transition avec des formes manifestement épithéliales.

Observation N° 39. PRÉPAR. 4787 et 4642 (Lenormant).

Mme J...

Malade originaire de la Nièvre ayant un goitre diffus depuis plusieurs années, le lobe droit augmente de volume. Un traitement radiothérapique n'a pas empêché l'accroissement de la tumeur et l'apparition de douleurs dans la partie haute du cou.

Actuellement le lobe thyroïdien droit est transformé en une tumeur grosse comme un œuf d'oie, ovoïde, régulière et lisse, très dure. Cette tumeur remonte très haut jusque vers l'angle de la mâchoire, et elle est recouverte par le sterno-cléido-mastoidien à tel point qu'on pense un moment qu'il s'agit peut-être d'un ganglion. Elle suit les mouvements de déglutition. Sur son bord postérieur on sent une petite tumeur arrondie, de même consistance, grosse comme un noyau de cerise, qui paraît indépendante de la tumeur principale et qu'on considère comme un ganglion.

Le lobe thyroïdien gauche est nettement hypertrophié, de forme et de consistance normales, sans noyaux inclus. Légère dyspnée, voix un peu voilée. A l'examen laryngé : pas de paralysie des cordes.

Opération le 16 décembre 1931. Anesthésie locale, novocaïne, très bonne, bien que l'opération ait duré 1 h. 10.

Incision en cravate remontant très haut le long du sterno-cléido-mastoidien.

Section presque complète de ce muscle qu'on décolle pour le récliner en arrière ; tout le plan aponévrotique sous-jacent est adhérent (adhérences inflammatoires non néoplasiques) et il est impossible de retrouver les plans de clivage normaux.

On coupe peu à peu l'aponévrose et les muscles sous-hyoïdiens étalés devant la tumeur et, partie aux ciseaux, partie en décollant, on libère sa face antérieure.

On essaie de dégager le pôle supérieur, mais celui-ci remonte très haut sous le sterno, et à ce niveau, adhérences très serrées. Le dégagement du pôle inférieur qui n'est pas plongeant est facile après pincement et section des veines thyroïdiennes médianes inférieures.

Au niveau du bord externe, on trouve la jugulaire interne qui fait corps avec le lobe thyroïdien. On essaie de la libérer, mais les adhérences semblent si intimes qu'il paraît plus prudent de la réséquer avec le lobe après l'avoir liée au-dessus et au-dessous (on aurait pu la disséquer, car ultérieurement elle se décolle sous la traction de la pince).

Plus en dedans, la carotide primitive adhérente est disséquée dans toute la hauteur du cou ; il est alors possible de basculer en avant le lobe, on trouve un bon plan de clivage, on reconnaît et on coupe la thyroïdienne inférieure loin de la glande. On sectionne ensuite l'isthme dans la trachée.

On détache les adhérences du lobe à la trachée et au larynx en les bousculant en dehors.

Plusieurs petites vésicules sont pincées et liées. A un moment, le récurrent est pris dans une pince qu'on lâche immédiatement, et à la fin de l'opération, il semble qu'il ait été respecté.

Le lobe thyroïdien ne tient plus que par son pédicule supérieur, qu'on pince et qu'on coupe.

A la fin de l'opération, sous la pression des écarteurs, et sans qu'on ait mis de pinces dans la tumeur, celle-ci se déchire en un point très limité, et il s'écoule un liquide ressemblant à du pus d'abcès froid.

L'ablation est tout à fait complète. Le tissu thyroïdien de l'isthme paraît sain. On ne trouve aucun ganglion dans la région carotidienne. Ce qu'on avait pris cliniquement pour un ganglion est un lobule de la tumeur.

Hémostase. Suture du sterno-cléido-mastoïdien et de ce qui reste des muscles sous-hyoïdiens ; agrafes sur la peau. Pas de drainage.

Pièce : Sur la coupe, on trouve dans les 2/3 supérieurs du lobe, une sorte de caverne anfractueuse renfermant du liquide puriforme et un kyste calcifié du volume d'une petite noix. Dans le 1/3 inférieur, des zones blanchâtres, dures, marbrées, d'aspect néoplasique.

La malade meurt de récurrence locale en mai 1932, quelques mois après l'intervention.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 4787 et 4642).

4642. — On ne voit pas de tissu thyroïdien, il s'agit d'une néoplasie très atypique qui est constituée en majeure partie par des

cellules fusiformes dont beaucoup ont un noyau monstrueux. Quelques cellules cependant ont une forme cubique et *leur présence jointe aux transitions qui existent entre les deux types de cellules permet d'affirmer un cancer épithélial.*

Aucune formation de colloïde.

4787. — Récidive de 4642.

Ce prélèvement montre le même aspect tumoral que sur la coupe précédente, avec cependant une prédominance plus grande encore des cellules fusiformes et une quantité moins importante de noyaux monstrueux.

Le tissu néoplasique envahit une région où la glande thyroïde existe encore. Il n'y a *pas de formes de passage en ces points*, entre le cancer et les acini thyroïdiens.

Observation N° 40. PRÉPAR. 5177 (Gernez).

Volumineux cancer du corps thyroïde à développement rapide.
Opération en octobre 1933.

Décès moins d'un an après l'intervention par des troubles de compression dus à la récidive locale.

Pas de métastase.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 5177). — Tumeur très atypique, traversée par des bandes de sclérose et contenant de grandes plages nécrotiques. Là où les éléments néoplasiques sont vivants ils sont surchargés de nombreuses cellules inflammatoires.

Les cellules cancéreuses sont très hétérogènes, beaucoup sont monstrueuses : tantôt cubiques, tantôt fusiformes.

La seule différenciation que l'on peut remarquer, c'est en certains points la tendance qu'ont ces cellules à se disposer au pourtour de lacunes irrégulières, ébauchant ainsi une disposition pseudo-acineuse.

Sur une des préparations, on peut étudier le passage du cancer au corps thyroïde resté intact. Dans cette zone on voit en plusieurs endroits des bourgeons intra-vasculaires, dans des veines ou dans des grands lymphatiques.

Aspects parathyroïdiens.

Observation N° 32. PRÉPAR. 149 (Lecène).

Il n'y a pas d'observation. Mais sur la microphoto de Lecène, il est indiqué qu'il s'agit d'un cancer à marche rapide.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Aspects différents suivant les points.

Par endroits, corps thyroïde normal, vésicules avec colloïde.

Ailleurs, aspect de vésicules pleines en petites travées, chacune est entourée d'éléments cellulaires ressemblant de façon frappante à la parathyroïde, sans malignité apparente.

On trouve des aspects de transition.

Pas de monstruosité cellulaires.

Pas d'envahissement vasculaire.

Observation N° 33. PRÉPAR. b 338, n° 2339 (Lecène).

M^{me} J..., âgée de 46 ans, a été opérée d'un goitre en province il y a vingt ans. Elle était très bien jusqu'à ces dernières années où il est apparu une tumeur au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne. Cette tumeur est grosse comme une noix, très dure, fixée de façon absolue au squelette laryngé. L'examen laryngoscopique (D^r H. Bourgeois) ne montre rien d'anormal au niveau du larynx.

Le 21 décembre 1926, sous-anesthésie au Schleich, extirpation du nodule qui adhère au squelette laryngé. Cette exérèse n'entraîne pas d'incidents et est suivie de suture complète.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Epithélioma cylindrique d'origine thyroïdienne, certainement malin.

En octobre 1927, il apparaît un petit nodule au niveau de la cicatrice. Il augmente jusqu'en février 1928 où la malade est adressée au D^r Coulaud.

Traité par le sérum de Coulaud, ce nodule diminue d'une façon remarquable et au mois de mai 1928, il n'est presque plus perceptible.

En octobre 1928, une récurrence ganglionnaire carotidienne apparaît qui ne régresse pas par les injections de sérum de Coulaud, en même temps, le corps thyroïde jusque-là imperceptible augmente de volume.

Le 16 octobre, sous-anesthésie au Schleich, ablation des ganglions cervicaux avec résection de la veine jugulaire interne. Ablation de ce qui reste du corps thyroïde. Tamponnement.

La malade meurt 3 mois après de récurrence locale.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. b 338, n° 2339). — Forme tubulée, réticulée et pseudo-kystique. Il y a des endroits qui ressemblent à la parathyroïde. Il y en a d'autres qui dérivent de l'aspect parathyroïdien en s'allongeant en forme de tubes, et finalement le volume s'accroissant, il se forme des pseudo-kystes.

Tous ces éléments sont formés d'une seule couche de cellules hautes, cylindriques, sans monstruosité, mais aussi sans différenciation, cependant on voit parfois, mais très rarement, au centre de ces tubes, une sécrétion colloïde.

Il n'y a pas de corps thyroïde visible. Il n'y a pas non plus de pénétration vasculaire.

A côté, une autre coupe montre du corps thyroïde sain.

Observation N° 34. PRÉPAR. b 253 (Lecène).

Mme J..., 66 ans.

Depuis l'âge de 22 ans, la malade s'est aperçue d'un élargissement anormal de la base du cou. Il s'agissait d'un gros corps thyroïde qui a augmenté lentement et progressivement de volume.

Actuellement, le corps thyroïde se présente sous la forme d'une masse grosse comme une orange, déjetée à gauche et flanquée à droite d'une autre masse moins volumineuse, d'apparition plus récente et séparée de la première par une encoche nette à la partie supérieure.

Le corps thyroïde s'étend jusqu'au creux sus-claviculaire à droite. En arrière, il repousse le paquet vasculo-nerveux carotidien auquel il semble adhérer.

Depuis quelque temps déjà, la malade accuse des troubles respiratoires, ceux-ci se sont beaucoup accentués au cours des derniers

mois. La toux et la voix sont rauques depuis un an environ. Il n'y a pas de troubles auditifs.

L'intervention est pratiquée le 28 avril 1920. Après une incision en cravate on sectionne tous les muscles sous-hyoldiens et le sterno-cléido-mastoidien droit. A gauche, le lobe thyroïdien se clive assez bien. Par contre à droite il est adhérent de toutes parts et se clive mal. Il adhère aux gros vaisseaux du cou ; la jugulaire interne est énorme ; en arrière le récurrent doit être sacrifié.

On pratique la ligature des vaisseaux thyroïdiens à distance et on extirpe complètement le lobe droit. A gauche, on conserve un demi-lobe.

Hémostase soignée. Suture de la plaie avec tamponnement à la gaze.

Suites opératoires normales.

La malade est revue le 7 août 1920. Elle ne présente pas de récive mais accuse des troubles d'irritation laryngée.

L'examen ne montre rien au point de vue pharyngé. Au point de vue nasal, il découvre une déviation de la cloison à droite. Enfin l'examen du larynx montre une paralysie totale à droite. A gauche il existe seulement une parésie des abducteurs, d'ailleurs variable et expliquant les crises de dyspnée passagère.

La malade est revue de nouveau en décembre 1921. Elle présente alors un petit nodule de récive à droite. Le nodule voisin du larynx est du volume d'une olive, de consistance kystique. Sa palpation détermine de la toux. Le reste du cou est souple et la malade n'a jamais présenté de signes de tétanie ni de myxoedème.

On réintervient le 13 février 1922. On excise le nodule qui occupe le flanc droit de la région crico-trachéale. Une déchirure légère de la veine jugulaire interne nécessite une suture au fil de lin. On dissèque la carotide primitive, le pneumogastrique et on les récline en dehors. Puis on pratique l'ablation du noyau néoplasique qui a les dimensions d'une noix. La thyroïdienne inférieure est liée à distance. Suture.

Le 9 novembre 1922, la malade présente une nouvelle récive locale avec nodules et ganglions surtout marqués à droite. La malade n'a pas de troubles de la voix mais accuse toujours de la dyspnée.

Elle est revue le 22 février 1923, les noyaux néoplasiques ont

augmenté de volume. Lecène conseille un traitement par radiothérapie profonde.

Décès en 1924. La tumeur était très volumineuse et déterminait de l'asphyxie. La mort semble due à l'extension locale.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. b 253). — Corps thyroïde compact constitué par des vésicules pleines et par quelques vésicules avec colloïde :

Toutes les transitions entre les deux.

Aucune monstruosité.

Pas de pénétration intra-vasculaire.

Observation N° 35. PRÉPAR. 5132 (Lenormant).

Mme C..., 45 ans.

Malade originaire des environs de Versailles.

Depuis 2 ans et demi, petit goitre du lobe gauche sans aucun trouble fonctionnel. Bien qu'elle n'ait pas de signes toxiques, on a fait un traitement à l'héματοthyroïdine.

Depuis 3 ou 4 mois, accroissement rapide et important du goitre et apparition de dyspnée et de troubles de la voix.

Goitre bilatéral paraissant un peu plus volumineux à droite, un peu plongeant. Consistance assez ferme et uniforme. Quelques bosselures nettes, on ne sent pas de ganglions.

Opération le 12 octobre 1933. Anesthésie locale. Novocaïne.

Grande incision en cravate, section des muscles sus-hyoïdiens, sterno-mastoïdiens. Nombreux vaisseaux superficiels dilatés qui saignent beaucoup et nécessitent une longue hémostase.

Arrivé sur la tumeur thyroïdienne, on ne trouve aucun plan de clivage. La masse adhère de toutes parts en particulier en bas, derrière la fourchette sternale, il est impossible de désenclaver le goitre, ni de voir les pédicules thyroïdiens. Hémorragie abondante. La tumeur se déchire facilement et il s'agit évidemment d'un cancer. On est donc forcé de se contenter de sectionner l'isthme, de circonscire et de dégager la trachée et de faire successivement à droite, puis à gauche une lobectomie partielle *in situ*.

Hémostase par plusieurs ligatures et des surjets de catgut. Suture des muscles au catgut. Agrafes sur la peau. Pas de drainage. L'ablation a donc été incomplète.

Suites : Peu de temps après l'opération, on fait quelques séances de radiothérapie. L'état général est bon.

Février 1934. Un petit noyau sous-claviculaire gauche apparaît. Il régresse légèrement par la radiothérapie.

Avril 1934. Bon état général. Mais douleurs dans le bras gauche et la tête. Métastase cranienne ?

Nouvelle série de rayons. Ne peut être terminée car fatigue.

Juin 1934. Céphalée. Diminution de l'acuité visuelle. La radiographie montre une métastase cérébrale. Radiothérapie sur le crâne.

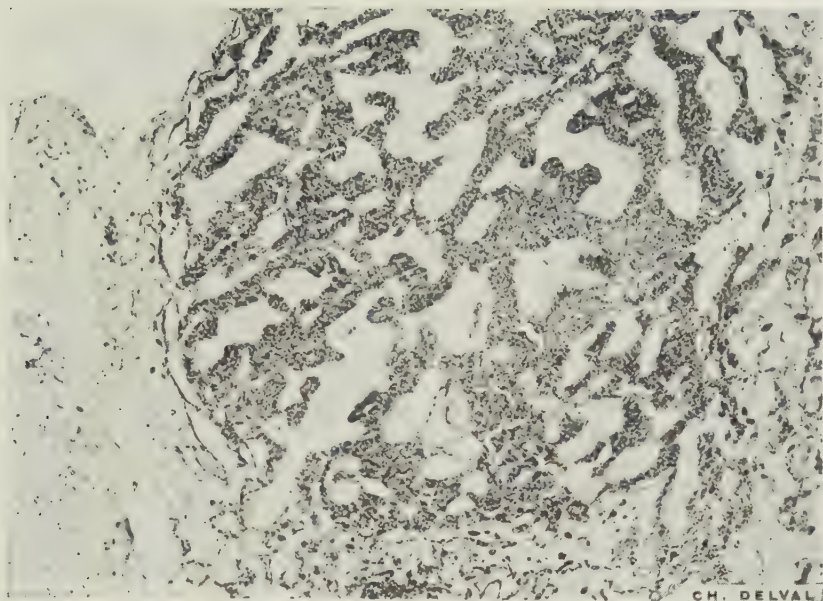
Octobre 1934. Légère amélioration. A l'examen ophtalmologique, stase papillaire double ancienne, d'aspect cicatriciel. Papilles très peu saillantes, œdème étalé. Veines et artérioles grêles. Quelques discrètes hémorragies. Champ concentriquement rétréci à 50 et 60.

Décès en *janvier 1935.*

EXAMEN HISTOLOGIQUE (prép. 5132). — La tumeur est constituée par des cellules d'aspect très homogène qui sont ordonnées en alvéoles pleins ou en tubes et sécrètent très exceptionnellement de la colloïde. Ces pseudo-acini sont très régulièrement bordés par une basale qui comporte habituellement des noyaux aplatis d'aspect endothélial. Monstruosité cellulaires exceptionnelles. Pas d'aspect de végétation intra-vasculaires.

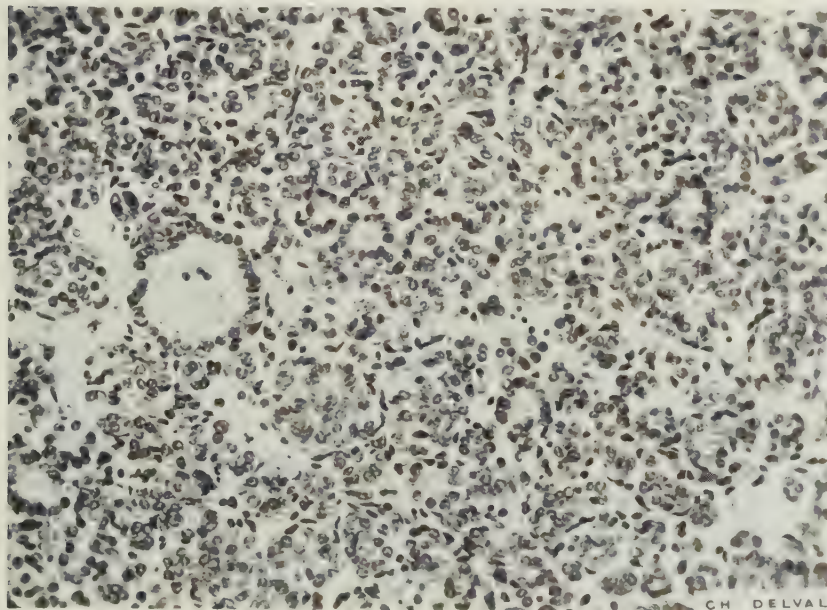
La tumeur est parcourue par de grands vaisseaux, qui sont toujours séparés des amas néoplasiques par un endothélium.

Il existe quelques restes de corps thyroïde notamment dans de grandes travées scléreuses séparant les amas néoplasiques ; mais on peut trouver des transitions entre le corps thyroïde normal et les amas néoplasiques. En résumé : aspect parathyroïdien.



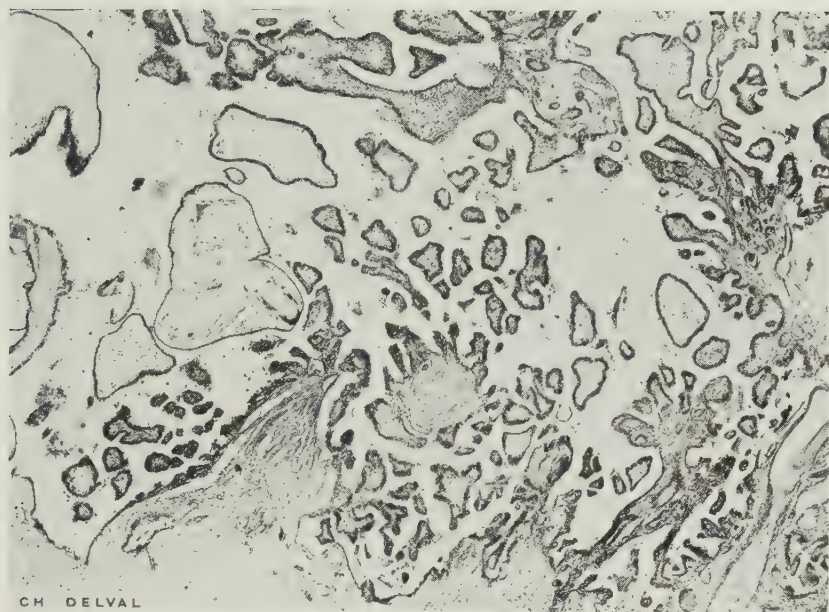
N° 1. Prépar. 1781. Obs. 2.

Forme de transition. Noter l'aspect télangiectasique avec les travées de cellules thyroïdiennes intervasculaires. (Malignité douteuse, évolution favorable.)



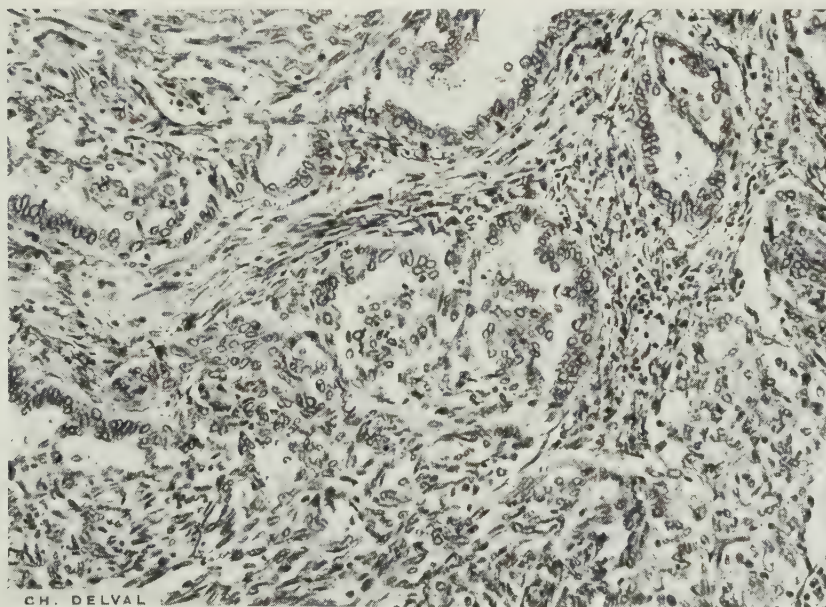
N° 2. Prépar. 4245. Obs. 7.

Forme de transition. noter par endroits la densité cellulaire et l'absence de différenciation. (Malignité douteuse, évolution favorable.)



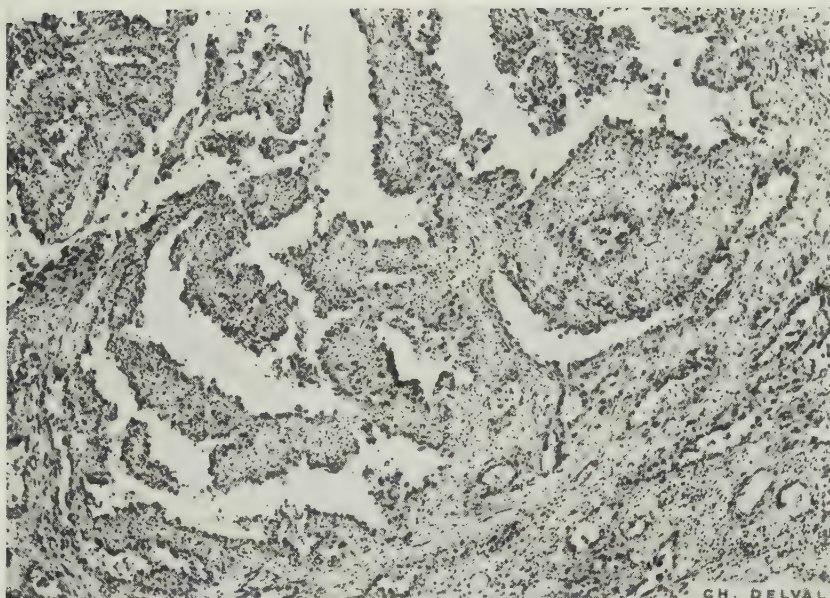
N° 3. Prépar. 1478. Obs. 9.

Epithélioma végétant typique (Malignité certaine, mais évolution lente).



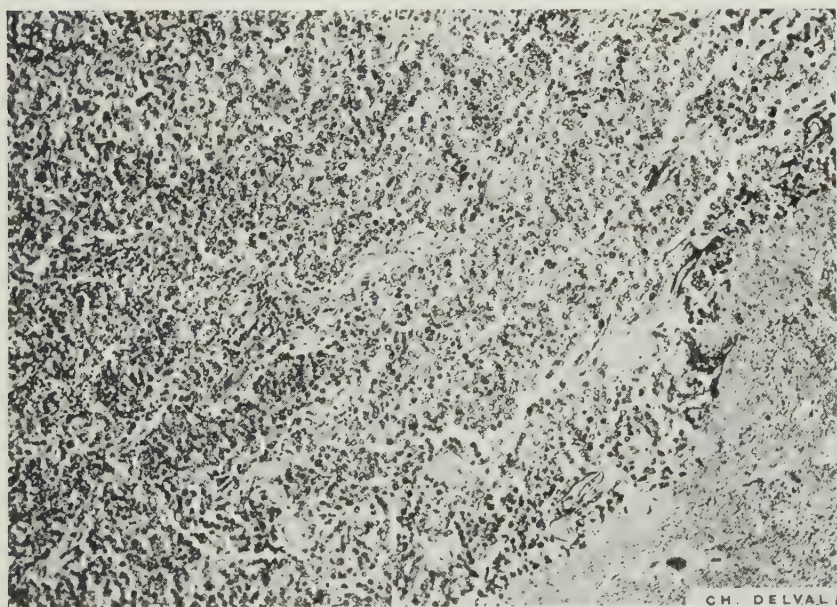
N° 4. Prépar. 4817. Obs. 11.

Epithélioma végétant typique. Noter la ressemblance avec l'épithélioma végétant intra-canaliculaire du sein. (Malignité certaine, évolution assez rapide.)



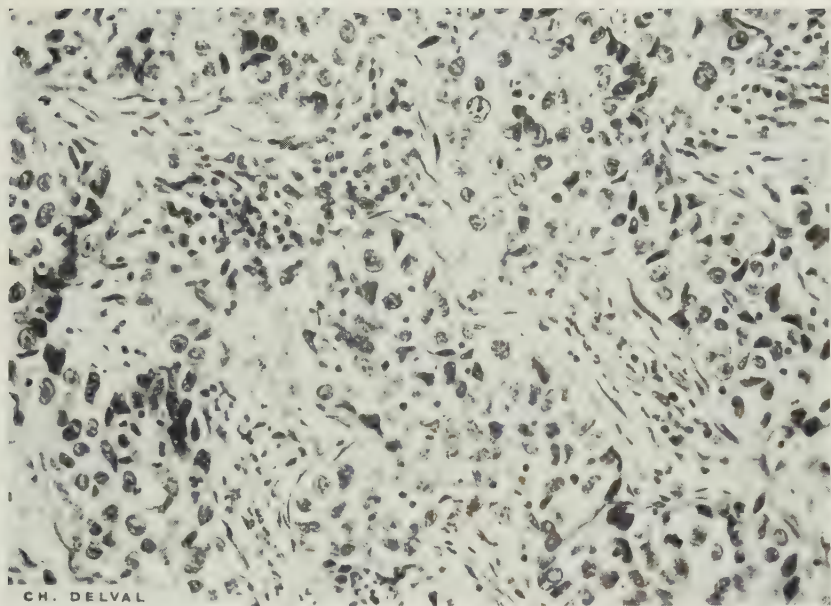
N° 5. Prépar. b 329, n° 2073. Obs. 17.

Epithélioma atypique. Noter à côté de pseudo-kystes bordés de grandes cellules cubiques des aspects végétants. Pas de tissu thyroïdien. (*Grande malignité.*)



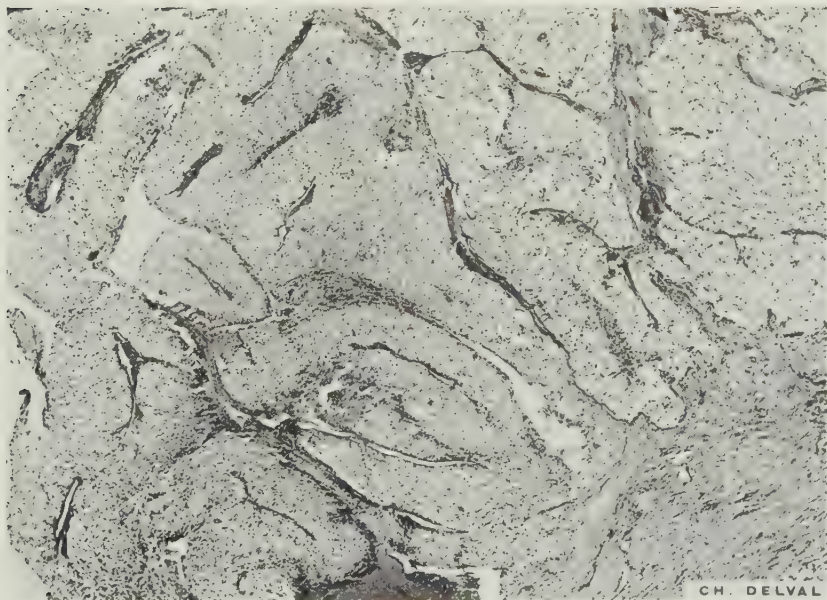
N° 6. Prépar. b 338, n° 2335. Obs. 19.

Epithélioma atypique. Noter les cellules rondes toutes semblables. (*Grande malignité.*)



CH. DELVAL

N° 7. Prépar. b 369, n° 3310. Obs. 21.
Epithélioma atypique. (Grande malignité.)

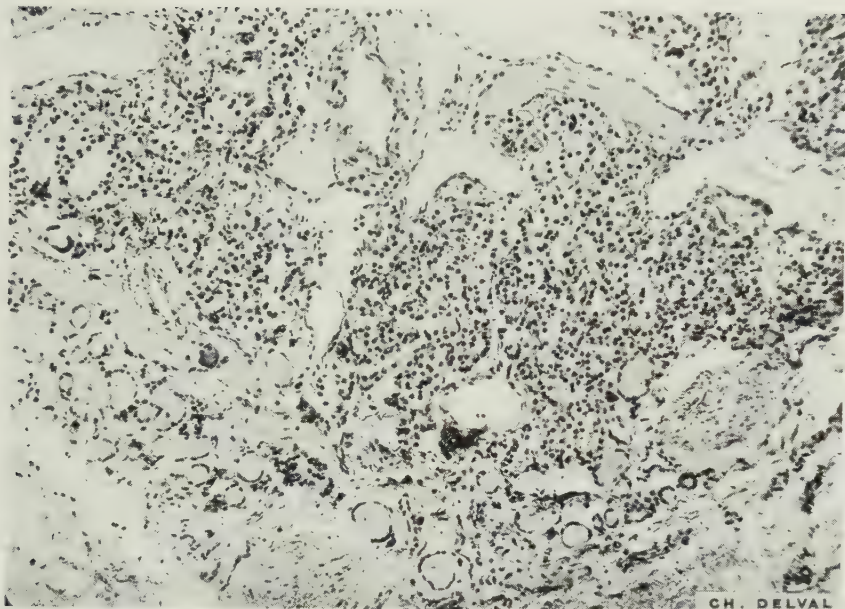


CH. DELVAL

N° 8. Prépar. 1689. Obs. 28.
Epithélioma atypique. Noter par endroits la présence d'amas de cellules claires et en d'autres la pénétration intravasculaire. (Grande malignité.)

Obs. 37. — 2 préparations : n^{os} 9 et 10.

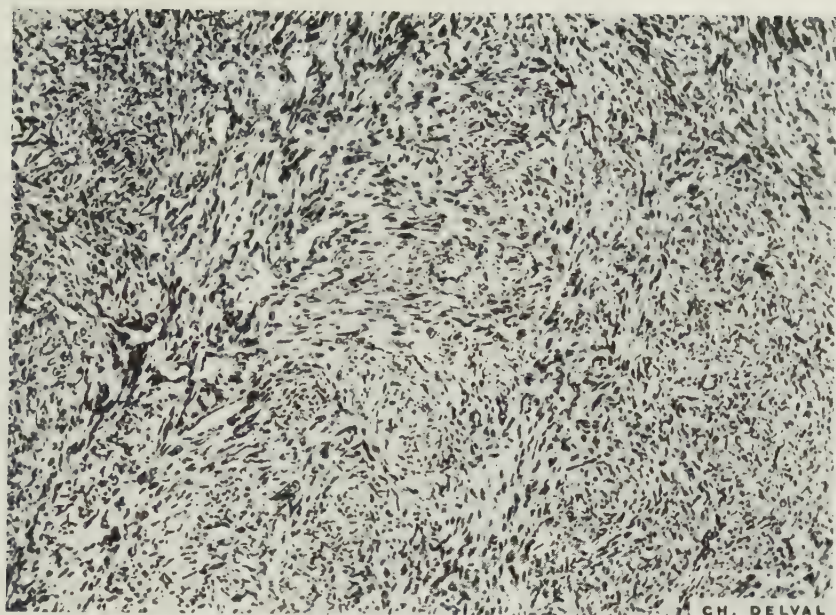
Aspect pseudo-sarcomateux.



N^o 9. Prépar. 5211. — Transitions entre corps thyroïde normal et aspect pseudo-sarcomateux. (*Malignité très grande.*)

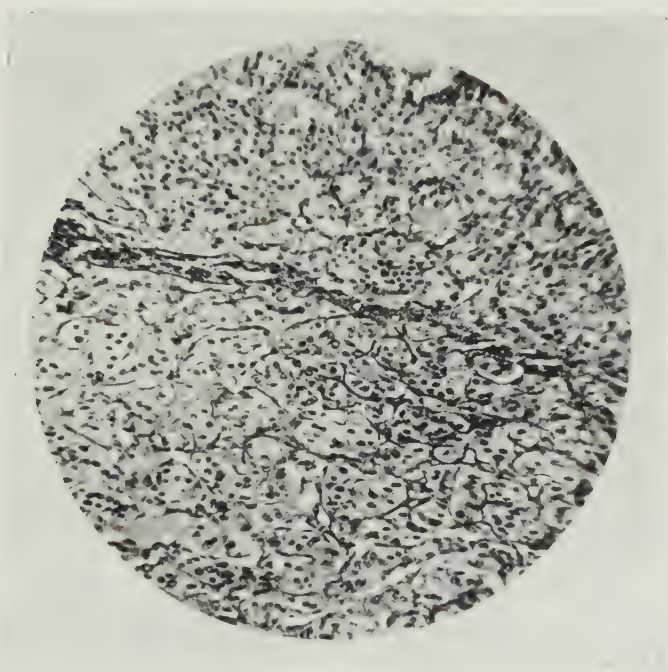


N^o 10. Prépar. 5212. — Aspect pseudo-sarcomateux.



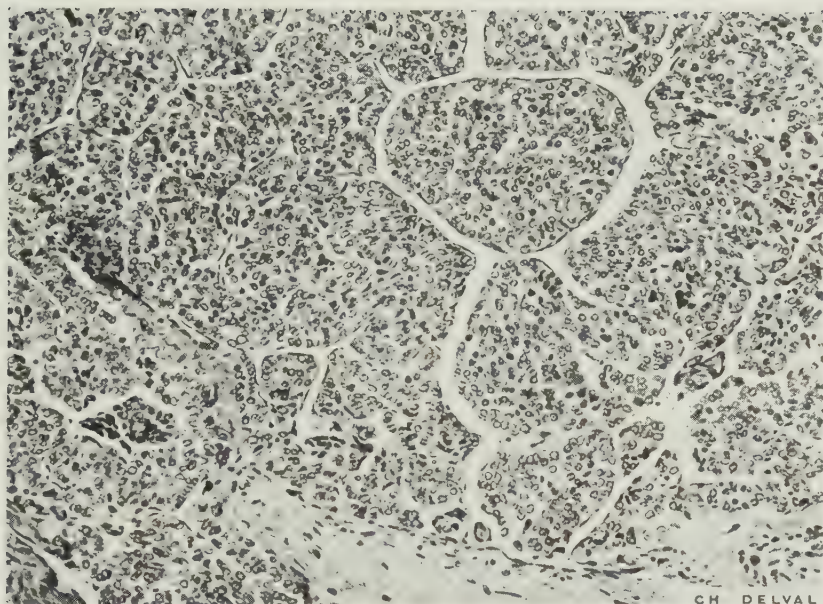
N° 11. Prépar. 3486. Obs. 38.

Aspect pseudo-sarcomateux. L'analogie avec un sarcome à cellules fusiformes est frappante. Pas de formes de transition. (Très grande malignité.)



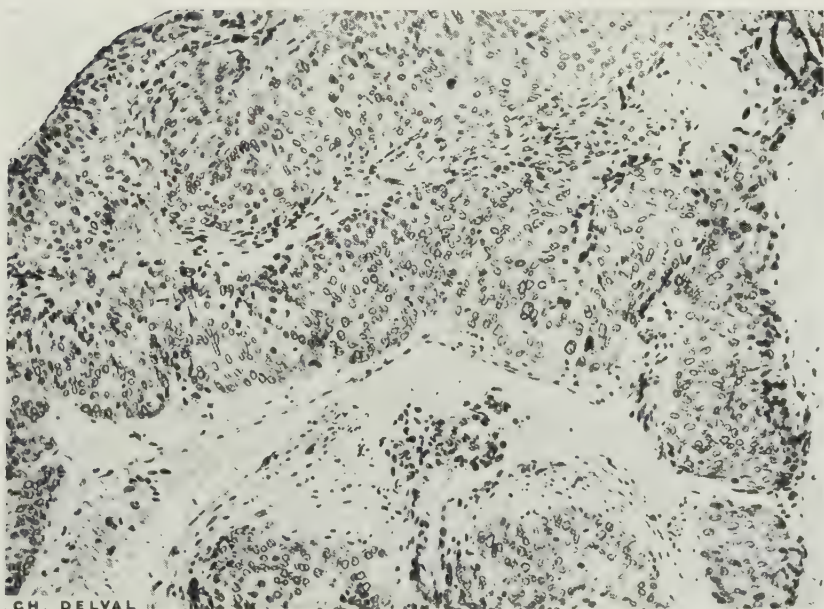
N° 12. Prépar. 149. Obs. 32.

Aspect parathyroïdien. (Grande malignité.)



CH DELVAL

N° 13. Prépar. 5132. Obs. 35.
Aspect parathyroïdien. (Grande malignité.)



CH DELVAL

N° 14. Prépar. 1486. Obs. A.
Epithélioma malpighien. Absence complète de tissu thyroïdien et par conséquent impossibilité en dehors des notions cliniques de déceler l'origine thyroïdienne. (Grande malignité.)

Etude clinique d'après les observations.

Etiologie.

Les notions que nous ont apportées nos observations confirment à peu près les données classiques.

Age. — Voici l'âge qu'avaient les malades lors de l'intervention chirurgicale.

au-dessous de 20 ans 1 cas (jeune fille de 16 ans)
entre 20 et 30 ans 1 cas
entre 30 et 40 ans 3 cas
entre 40 et 50 ans 10 cas
entre 50 et 60 ans 14 cas
entre 60 et 70 ans 4 cas
au-dessus de 70 ans 2 cas (une femme de 76 ans et un homme de 73 ans).

Dans 5 observations, l'âge n'est pas indiqué.

L'âge d'élection est donc entre 50 et 60 ans, particulièrement entre 50 et 55, puisque nous relevons 9 cas entre ces limites.

Les 2 cas observés avant 30 ans sont assez discutables : leur évolution clinique a été favorable, leur aspect anatomique seul a fait réserver le pronostic. Nous les rangerons dans les formes de transition entre les goîtres et les néoplasies malignes.

Les formes très malignes chez des sujets jeunes peuvent cependant se voir. C'est ainsi que tout récemment nous

venons d'observer dans le service de M. le professeur agrégé Mondor, chez une jeune femme de 26 ans, un cancer de la glande thyroïde à évolution rapide ayant donné deux métastases. En voici l'observation très brièvement résumée :

OBSERVATION A, préparation 1486, avec microphoto. — Femme de 26 ans ayant vu apparaître il y a six ans après une grossesse un goitre. Depuis 3 mois, modification de la voix, douleurs et apparition de 2 métastases : l'une sur la face antérieure de la fourchette sternale, l'autre au niveau de la région sous-angulo-maxillaire gauche (ganglions). La tumeur dessine le corps thyroïde, elle est dure et semble fixée sur la trachée. L'examen histologique fait grâce à 2 biopsies : l'une au niveau de la métastase sternale, l'autre au niveau de la tumeur thyroïdienne montre un épithélioma malpighien dont rien ne permet de déceler l'origine thyroïdienne.

Sexe. — C'est dans la proportion de 3 sur 4 que nous rencontrons des femmes dans nos observations, proportion plus forte que Bérard et Dunet qui donnent 60 % de femmes.

Existe-t-il un rapport entre l'apparition du cancer et les épisodes de la vie génitale, en particulier la ménopause, comme le pensent Bérard et Dunet? « L'apparition de la tumeur maligne est souvent consécutive aux poussées congestives et aux hémorragies qui s'effectuent facilement dans la glande à l'occasion des troubles de la ménopause. D'où l'indication absolue d'opérer, sans délai, tout goitre qui grossit à cette période ».

Nos observations ne confirment pas cette manière de voir. Il existe un rapport certain entre l'apparition du goitre et les épisodes de la vie génitale et, sans recourir aux statistiques, nous avons parfaitement le souvenir d'avoir vu pendant notre internat des malades dont le goitre était apparu : les unes après une grossesse, d'autres après une castration chirurgicale ou une ménopause provoquée par les rayons X. Dans le cas récent déjà cité et vu à l'hôpital Bichat, le cancer s'est

développé à l'âge de 26 ans sur un goitre qui était apparu 6 ans auparavant après une grossesse.

L'âge moyen d'apparition du cancer du corps thyroïde, 53 ans, est légèrement postérieur à l'âge moyen de la ménopause.

Ainsi, comme pour tous les cancers, celui du corps thyroïde chez les femmes apparaît cliniquement un peu après la ménopause sans qu'on puisse dire s'il existe un rapport entre les deux.

Fréquence du goitre préexistant. — Dans nos 40 observations, l'existence d'un goitre antérieur au cancer est notée 22 fois. Dans 6 cas, son absence est indiquée. Les autres observations ne mentionnent rien.

La fréquence du goitre préexistant est une chose certaine, notée par tous les auteurs. Bérard et Dunet le donnent dans une proportion de 80 % des cas.

Parfois le goitre existait depuis l'enfance.

Plus souvent, il est apparu entre 20 et 30 ans après un accouchement.

Il peut être d'apparition récente, un ou deux ans.

Dans la majorité des cas, c'est un goitre nodulaire, plus rarement une augmentation diffuse de la glande thyroïde : un goitre parenchymateux.

Trois malades de nos observations avaient déjà été opérés antérieurement de goitre et ont fait des récidives qui se sont montrées malignes. Sur ces 3 cas, l'un appartient à Lecène (obs. 33) ; la récidive maligne s'est produite 20 ans après la première intervention. Après la deuxième opération, la malade est décédée très rapidement de récidive locale.

Les deux autres cas appartiennent à M. le professeur Lenormant. Il s'agit aussi de femmes qui ont été opérées :

l'une un an avant (obs. 4), l'autre sept ans (obs. 1). Dans les deux cas, après la deuxième opération, l'évolution a été favorable, et actuellement il n'y a pas de récédive.

L'intérêt de ces 3 observations réside dans ce fait qu'elles posent la question de la transformation maligne des goitres : quand le goitre bénin devient-il malin ? question étudiée récemment par le professeur Dunhill de Londres au Congrès de Berne de 1933. Cet auteur rapporte des observations analogues aux précédentes, et dans un cas, 20 ans après une opération pour adénome reconnu histologiquement, le malade s'est présenté porteur d'un épithélioma dont l'évolution a été rapide (analogie avec l'observation de Lecène citée ci-dessus).

Dunhill pense que la malignité existait dès le début. Nous verrons à l'étude histologique les arguments en faveur de cette thèse.

Symptômes et formes cliniques.

Restant dans le cadre de nos observations, nous avons rencontré les aspects cliniques suivants :

I. — ASPECT DE GOITRE BANAL.

La malade, souvent assez jeune, se présente avec une tuméfaction du corps thyroïde qui a tous les aspects du goitre : nodule de volume variable, bien limité, régulier, de consistance égale et ferme, manifestement thyroïdien puisque s'élevant avec la trachée dans les mouvements de déglutition.

Aucun trouble de compression le plus souvent. C'est l'examen histologique qui révèle la nature vraie de la lésion. C'est ainsi que dans trois cas opérés par M. le professeur

Lenormant avec le diagnostic de goitre simple, l'histologiste a émis l'hypothèse de malignité.

Ces cas sont assez rares et posent un problème difficile : est-ce un goitre dont l'évolution aurait été bénigne ? Car la malignité est difficile à affirmer. Les limites histologiques ne sont pas nettes. Est-ce un début de cancérisation ? On a observé des cas de goitres opérés et récidivant par la suite, souvent très longtemps après (Dunhill, Lenormant, Lecène, Hartmann).

II. — ASPECT CLASSIQUE.

Rien dans nos observations, sauf peut-être l'évolution, ne diffère des notions classiques : le plus souvent, on est en présence d'un noyau goitreux qui grossit très vite en même temps que sa consistance augmente ; puis apparaissent des troubles fonctionnels : dyspnée continue avec paroxysmes, paralysies récurrentielles avec modification de la voix — signe très important — ; la dysphagie est plus rare et plus tardive ; les douleurs irradient le plus souvent vers le cou, la nuque, la mastoïde ; on peut voir apparaître un syndrome de Claude Bernard-Horner, parfois quelques signes de thyroïdotoxicose.

La symptomatologie est en général au maximum au bout de 2 à 3 mois et c'est le plus souvent à ce moment qu'on voit les malades. La tumeur est d'une dureté ligneuse, indolente, de surface régulière ou bosselée ; elle débute le plus souvent sur le lobe droit.

Classiquement elle évolue en deux stades, intra-capsulaire et extra-capsulaire ; en réalité, elle s'étend très vite et devient adhérente à la trachée, pousse souvent en bas vers la fourchette sternale, pouvant s'y fixer, et devient souvent plongeante derrière le sternum. Elle reste en général indépendante du muscle sterno-cléido-mastoïdien, sous lequel elle

s'insinue plus ou moins. On sent autour d'elle, surtout dans la région carotidienne, des nodules ganglionnaires. A un stade avancé, la peau devient souvent rouge et chaude. La mort est due en général aux progrès de la tumeur qui comprime la trachée, l'œsophage, atteint les nerfs récurrents, le pneumogastrique et le sympathique. Les métastases ou généralisations ne sont pas très fréquentes.

III. — CANCERS LATENTS, FORMES MÉTASTATIQUES.

Conheim et Heschl avaient décrit l'adénome bénin métastatique.

Wölfler, en examinant les mêmes coupes, montra leur erreur.

Néanmoins l'expression d'adénome bénin métastatique a fait fortune, elle est employée couramment et même défendue par certains auteurs (M. et P. Thorek de Chicago, qui pensent avec et après quelques autres que les tumeurs épithéliales bénignes du corps thyroïde échappent à la règle générale des tumeurs épithéliales bénignes, et sont susceptibles de donner des métastases).

Pourtant, comme l'ont bien montré Bérard et Dunet, elle traduit une erreur évidente. En effet, cliniquement, la production de métastases est, pour une tumeur, un signe capital de malignité. De plus, histologiquement, il suffit d'étudier attentivement les coupes, de les multiplier, pour trouver en quelque endroit des aspects douteux.

Dans nos observations, nous n'avons pas trouvé de formes métastatiques telles que les décrivent les auteurs classiques, c'est-à-dire l'apparition d'une tumeur osseuse de nature thyroïdienne avec une intégrité apparente du corps thyroïde et de nature histologique bénigne.

Cependant, dans un cas (observation 11 de Fievez), la tu-

meur siégeant dans le creux sus-claviculaire a pris un développement considérable, alors que la glande thyroïde était normale ; l'examen histologique de la tumeur enlevée a montré sa véritable origine. Depuis (cette année) une récidive est apparue, mais la glande est toujours souple à la palpation et non augmentée de volume. Est-ce un cancer développé sur une glande thyroïde aberrante ? Est-ce là plutôt une forme métastatique, un cancer latent du corps thyroïde ? Peut-être, car la région sus-claviculaire n'est qu'exceptionnellement le siège de glandes thyroïdes aberrantes, celles-ci existent surtout sous le muscle sterno-mastoïdien. Dans ce cas, comme l'expliquent les connexions anatomiques du corps thyroïde, il peut s'agir d'une métastase par voie lymphatique et non par voie veineuse.

Les métastases.

A l'encontre des notions classiques, un fait nous frappe dans nos observations, c'est la rareté relative des métastases ; nous avons trouvé les chiffres suivants :

1^o MÉTASTASES LYMPHATIQUES. — Dans 12 cas, il existait cliniquement des métastases ganglionnaires, mais leur importance était variable. Elles étaient très développées dans l'observation 10, mais, dans tous les autres cas, il s'agissait de petits ganglions mobiles, durs, indolents. Leur siège habituel est le pôle supérieur du lobe cancéreux, mais on les trouve parfois plus haut, dans la région sous-angulo-maxillaire, ou même au niveau du pôle inférieur, ou dans le creux sus-claviculaire.

Les métastases ganglionnaires sont sans doute encore plus fréquentes, car, à l'intervention, il n'est pas rare de trouver des ganglions non perçus cliniquement.

La fréquence de cette atteinte ganglionnaire est d'ailleurs

diversement évaluée : les anciens auteurs, Lebert, puis Theliez, insistaient sur l'absence de ganglions ; ils sont en effet difficiles à percevoir cliniquement. Hintersteiner en 1893 les signale dans 58 % des cas et Van Straaten en 1898 dans 62 % ; Pemberton dans 69 %. Bérard et Dunet estiment ces chiffres trop bas et, d'après eux, les voies lymphatiques sont presque toujours envahies.

Les récidives ganglionnaires ne sont d'ailleurs pas rares après l'intervention. Elles se font soit dans la région sus-claviculaire (observation 31), soit dans la région carotidienne (observations 26-37-33) et même dans les ganglions du médiastin.

2^o MÉTASTASES VISCÉRALES ET OSSEUSES PAR VOIE SANGUINE. — Bérard et Dunet disent : « Le cancer thyroïdien est un de ceux qui ont le plus de tendance à la généralisation, celle-ci manque rarement. »

Sans doute n'est-il pas toujours facile de savoir la cause de la mort, mais dans nos quarante observations, 22 malades sont morts, 13 sont encore vivants et 5 n'ont pu être retrouvés. Sur les 22 décès, la généralisation n'est indiquée que 5 fois. Une malade a fait des métastases cérébrales avec troubles oculaires (obs. 35) (la radiographie montrait des lésions au niveau de la selle turcique) et une repullulation locale. Une autre a fait une métastase de la lèvre supérieure, qui a été enlevée, puis une généralisation (obs. 37). Une troisième est morte avec des signes de généralisation abdominale (obs. 14). Notons aussi une métastase pulmonaire et une métastase sternale. Dans les autres cas, il ne s'agit que d'absences cliniques de métastases, l'autopsie complète n'ayant pas été faite.

Dans 8 cas, la mort est due à des phénomènes locaux dus au développement de la tumeur (récidive ou repullulation locale).

A un stade ultime, certains malades présentent une récidive volumineuse adhérente au sternum et à la clavicule, débordant même sur les espaces intercostaux et il n'est pas facile de savoir si c'est une métastase sternale qui, en se développant, a fini par rejoindre la tumeur initiale ou si c'est la tumeur initiale qui a envahi le sternum.

Pourtant tous les auteurs insistent sur la fréquence des métastases osseuses, en particulier dans les os longs. Certaines formes peu extensives au niveau de la glande thyroïde sont indiquées comme ayant une prédilection marquée pour les os : tel est le classique adénome bénin métastatique de Conheim, ou cancer latent du corps thyroïde de Bérard et Dunet, ces formes d'ailleurs ne sont pas particulièrement malignes, elles ont une longue évolution, toutes les observations publiées le montrent. Il est intéressant de noter dans ces métastases, à côté d'éléments dont la nature maligne est certaine, comme l'ont bien montré Bérard et Dunet, des aspects de goitre simple ou même de corps thyroïde absolument normal.

Les métastases osseuses sont sans doute beaucoup moins fréquentes qu'on ne le dit. Les observations publiées dans la littérature sont justement celles où la présence d'une métastase osseuse ou autre a augmenté l'intérêt de l'observation. Certains auteurs colligeant ces observations en tirent des conclusions qui nous paraissent erronées. Seul un groupement d'observations provenant de différents services peut permettre de tirer quelques conclusions ; encore est-il souvent très difficile d'obtenir une observation complète d'un malade, de savoir exactement la cause de la mort ; si bien que, malgré tout, les chiffres ne donnent qu'une grossière approximation.

Etude anatomique d'après les observations

Il n'est pas dans notre intention de faire un essai critique des différentes classifications histologiques proposées. Elles sont innombrables, depuis la classification toute élémentaire de Lücke en 1876 qui, pour la première fois, distingua : le squirrhe, l'encéphaloïde, l'épithélioma, jusqu'à la classification de Bérard et Dunet, qui font intervenir les troubles de la double polarité cellulaire du corps thyroïde et distinguent :

Les épithéliomas à polarité cellulaire normale (épithéliomas vésiculaires).

Les épithéliomas à polarité cellulaire dissociée (épithéliomas trabéculaires).

Les épithéliomas à polarité cellulaire inexistante (épithéliomas atypiques).

Les épithéliomas pavimenteux.

Les épithélio-sarcomes.

Les tumeurs d'origine conjonctive.

Chacun de ces six groupes comprend lui-même plusieurs variétés.

Toutes ces descriptions nous semblent en réalité, ou trop simples et insuffisantes, car le polymorphisme histologique du cancer thyroïdien est extrême, les images microscopiques sont presque toutes différentes les unes des autres, et entre les cas les mieux tranchés, toutes les transitions existent ; ou trop complexes. Puisqu'il est illusoire de songer à codifier tous les aspects possibles, mieux vaut donc se baser pour

établir les groupements sur quelques caractères qui semblent les plus importants. C'est ce que nous essaierons de faire.

Les examens histologiques faits par notre maître M. le professeur Moulonguet-Doleris nous ont permis d'établir une classification très simple.

Dans cette classification, qui est faite uniquement d'après nos observations et qui est essentiellement morphologique, les cancers thyroïdiens sont groupés de la façon suivante :

Un premier groupe comprend *les formes de transition entre les goitres et les néoplasies malignes*. C'est un chapitre particulièrement important, le plus important sans doute, puisqu'il contient tous les cas-limites, les cas discutés, puisqu'à lui se rattache la question de l'histogenèse des tumeurs malignes de la glande thyroïde.

Dans un deuxième groupe, nous rangerons *les épithéliomas végétants typiques*.

Les deux derniers groupes seront réservés : le troisième aux *épithéliomas atypiques*, le quatrième à une variété de ces épithéliomas qu'il est logique d'appeler les *néoplasies hétérotypiques*.

Si cette classification ne vise d'autre but que d'être morphologique, à chaque groupe se rattachent cependant des types cliniques dont l'évolution est assez particulière, ce qui permettra peut-être d'établir un pronostic à l'examen des coupes.

I. — LES FORMES DE TRANSITION ENTRE LES GOITRES ET LES NÉOPLASIES MALIGNES.

Dans ce groupe, nous avons rangé huit observations : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 et 8.

Les aspects en sont très divers, on ne peut en affirmer la malignité, mais ils diffèrent certainement des goitres.

Les uns ont des éléments cellulaires trop tassés (observation 7, préparation 4245).

D'autres tendent vers l'hyperplasie épithéliale.

Certains montrent déjà des images d'épithélioma végétant.

Dans presque tous les cas, d'ailleurs, existent des transitions avec l'aspect histologique de la glande thyroïde normale.

Sur les huit malades qui constituent ce groupe, sept ont pu être retrouvées, toutes sont bien portantes et sans récurrence, et cela après 2 ans, 9 ans, 8 ans, 2 ans, 1 an, 4 ans et 3 ans. On peut donc conclure au bon pronostic de ces formes.

Mais ces formes de transition, que sont-elles ?

Peut-être des goitres simples, un peu anormaux par leur aspect histologique. Peut-être aussi des formes de début d'épithéliomas plus malins qu'on a eu la chance d'opérer tôt.

Il est impossible de le savoir, on ne peut malheureusement que fixer un moment de l'état cellulaire ; le jour où l'on pourra étudier l'état cinétique, le problème du cancer sera sans doute prêt d'être résolu. Dunhill, qui s'est attaché à l'étude de l'histogenèse des cancers thyroïdiens, pense que le stimulus qui crée dans la glande la malignité commence beaucoup plus tôt que nous ne le soupçonnons. « La modification cancéreuse de la glande thyroïde est une évolution continuelle, mais le plus souvent très lente, demandant souvent 30 ou 40 ans, commençant par l'aspect histologique de l'adénome. » Dunhill rapporte de nombreuses observations à l'appui, notamment une d'un malade opéré il y a 20 ans pour un adénome dont l'activité épithéliale lui avait paru suspecte ; ce malade a fait une récurrence 5 ans après avec le même aspect histologique et finalement au bout de 20 ans une métastase pulmonaire : signe certain de malignité.

Dans les 7 cas revus, nous avons 2 observations qui se rapprochent de celle de Dunhill. Dans l'une (n° 1), la malade a été opérée 7 ans auparavant d'un goitre qui a récidivé; l'aspect histologique est au moins douteux, sans qu'on puisse affirmer la malignité; dans l'autre la récurrence s'est produite un an après. Lecène, pour ce dernier cas, n'hésitait pas à affirmer la malignité.

Ainsi Dunhill, s'appuyant d'autre part sur les travaux d'Aschoff, de Wegelin et de Marine, et sur la difficulté de délimiter bénignité et malignité, pense que les états précancéreux sont déjà du cancer et que l'activité maligne existe bien avant qu'elle soit apparente sur une coupe histologique.

« La malignité ne commence donc pas quand l'épithélium envahit les vaisseaux sanguins comme le pense Graham (pour cet auteur l'envahissement des vaisseaux sanguins est le seul critère de malignité qui vaille). L'invasion apparaît justement parce que l'épithélium est déjà malin.

« Le changement dans l'épithélium a été un processus continu qui s'étend dans la majeure partie des cas sur une longue période, une plus longue période que dans les autres types avec lesquels nous sommes familiers » (Dunhill).

Aucune de nos observations, sauf peut-être l'observation 11 déjà citée, ne rentre dans le cadre du cancer latent du corps thyroïde de Bérard et Dunet ou adénome bénin métastatique de Cönheim. Ces formes ont un gros intérêt puisqu'elles démontrent qu'une cellule peut être douée d'un potentiel de malignité sans qu'il existe de modification cytologique appréciable microscopiquement. Sur une coupe d'une de ces métastases, on peut par exemple ne voir que l'aspect bénin du goitre colloïde sans la moindre image de malignité. Berard et Dunet ont montré qu'il était indispensable de multiplier les coupes pour trouver en un endroit : une aty-

pie cellulaire, un noyau monstrueux, une kariokinèse anormale.

II. — LES ÉPITHÉLIOMAS VÉGÉTANTS TYPIQUES.

Ce sont des formes assez peu fréquentes puisque nous ne les avons rencontrées que 4 fois. Encore les quatre observations sont-elles de valeur inégale.

L'aspect peut être celui de l'épithélioma végétant typique (observation 9, préparation 1478).

Parfois l'aspect est tout à fait analogue à un faible grossissement à l'épithélioma intra-canaliculaire du sein (obs. 11, prép. 4817).

On peut ranger les deux premières de ces observations 9 et 10, dans le groupe des épithéliomas végétants typiques proprement dits, les deux autres dans un groupe dérivé du précédent, où, à côté d'éléments ayant la structure de l'épithélioma végétant typique, existent des aspects cytologiques plus malins.

L'évolution clinique confirme cette manière de voir. Dans les deux premiers cas, l'un (n° 10) n'a pas récidivé, mais il ne date que d'un an ; l'autre (n° 9) qui a été opéré en 1925, présente une récidive locale dont l'évolution est lente et qui actuellement n'a pas encore atteint le volume de la tumeur initiale. Des deux autres cas au contraire, l'un (n° 11) opéré en 1932, présente déjà une récidive locale volumineuse et qui pousse vite ; l'autre (n° 12) est mort 6 mois après l'opération de repullulation.

Aucun des quatre cas n'a fait de métastase à distance.

III. — LES ÉPITHÉLIOMAS ATYPIQUES.

Les épithéliomas atypiques sont les plus fréquents : 19 observations.

Ils sont caractérisés par l'indifférenciation cellulaire la plus complète. La prolifération y est très rapide. Les cellules sont monstrueuses avec des kariokinèses fréquentes.

Le plus souvent rien ne permet de reconnaître la cellule thyroïdienne, mais les aspects sont innombrables, depuis les formes où la seule caractéristique est la cellule néoplasique, jusqu'à des aspects moins atypiques où existent toutes les transitions entre les acini et les aspects carcinomateux.

Deux faits importants sont à noter :

1^o D'une part la fréquence de la *dégénérescence nécrotique*, ce qui s'explique par la fragilité de ces cellules : la nécrose hémorragique est quelquefois si importante qu'elle occupe toute la coupe, et qu'il est difficile de retrouver des éléments néoplasiques. Dans l'ensemble la présence de nécrose est plutôt un élément fâcheux, et nos observations montrent que dans ces cas l'évolution a été rapide.

2^o D'autre part la présence d'*éléments inflammatoires*, l'infiltration de polynucléaires est assez souvent trouvée.

Ces deux notions expliquent certains aspects cliniques et certaines difficultés du diagnostic.

IV. — LES NÉOPLASIES HÉTÉRATYPIQUES.

Ce sont des formes atypiques, car le plus souvent rien ne rappelle l'origine thyroïdienne. Cependant elles réalisent des formes bien spéciales :

Les unes ressemblent aux sarcomes : ce sont les *aspects pseudo-sarcomateux*.

Les autres rappellent la structure des glandes parathyroïdes : ce sont les *aspects parathyroïdiens*.

Enfin une observation récente du professeur Mondor donne une image d'*épithélioma pavimenteux* que nous rangeons dans ce groupe.

1° *Aspects pseudo-sarcomateux*. — Cinq de nos coupes donnent des images qui, à un premier examen, feraient penser à un sarcome : on y trouve en effet des cellules fusiformes dont beaucoup sont monstrueuses. Elles forment des faisceaux qui s'entrecroisent dans divers sens.

Mais sur presque toutes les préparations, on peut suivre le passage des éléments épithéliaux du corps thyroïde aux éléments néoplasiques fusiformes qui sont donc pseudo-sarcomateux. La recherche de cette transition est très importante ; nous l'avons retrouvée dans 4 cas, pouvant ainsi affirmer la nature épithéliomateuse.

Dans une observation (n° 38, préparation 3486 microphoto) il est impossible de trouver le passage ; peut-être s'agit-il d'un sarcome vrai.

En tous cas, sur nos 40 observations, c'est la seule qui soit peut-être un sarcome. Cette proportion de 1 sur 40, faible, est celle de beaucoup d'auteurs. Nous avons été frappé en lisant la littérature allemande, par les grosses proportions de sarcomes rencontrées par ces auteurs : les statistiques de Breslau donnent une proportion de 24 % de sarcomes. Par contre les statistiques américaines donnent un chiffre variant de 1 à 10 %.

Ces formes pseudo-sarcomateuses ont d'ailleurs présenté une évolution rapide : une malade est morte le jour de l'intervention, les autres ont eu des survies qui n'ont pas dépassé un an.

2° *Aspects parathyroïdiens*. — L'analogie avec la structure de la glande parathyroïde est frappante, mais l'origine thyroïdienne est certaine. L'image histologique se présente en effet le plus souvent de la façon suivante :

— des vésicules remplies d'éléments cellulaires et ressemblant à la glande parathyroïde ;

- des aspects de corps thyroïde normal ;
- des transitions entre les deux.

Il n'y a *pas de monstruosités* cellulaires ou elles sont exceptionnelles.

Les 4 cas que nous avons rangés dans ce groupe ont tous eu une évolution rapide. Tous ont fait des récidives locales après l'opération. Un seul a fait des métastases cérébrales.

3^o *Epithélioma pavimenteux*. — L'unique observation de ce cas est à ajouter aux quarante précédentes. C'est un épithélioma malpighien, et sur la coupe rien ne permettrait de déceler l'origine thyroïdienne.

L'intérêt de cette observation est considérable au point de vue de l'histogénèse : grâce au potentiel virtuel de tous les éléments émanés de l'intestin céphalique, la cellule thyroïdienne est susceptible de suivre par métaplasie une évolution épidermoïde et d'être ainsi la souche de tumeurs épithéliales malpighiennes.

Dans sa thèse de 1903, Herrenschmidt admet « la transmission aux cellules néoplasiques de la tendance épidermoïde que présente dans sa couche basale l'épithélium de l'intestin antérieur ».

On distingue actuellement 2 variétés d'épithéliomas pavimenteux : l'un d'origine métaplasique, l'autre d'origine hétérotopique. Dans le premier on trouve des formes de passage entre l'épithélioma thyroïdien banal et l'épithélioma pavimenteux. Dans le second rien ne permet de reconnaître l'origine, les îlots tumoraux sont indépendants. C'est dans cette seconde forme que rentre notre cas.

*
* * *

Mis à part les épithéliomas pavimenteux à caractère tout à

fait particulier, on voit donc l'échelle de gravité, la progression avec tous les intermédiaires :

- les formes de transition entre les goitres et les néoplasies malignes ;
 - les épithéliomas végétants typiques ;
 - puis on passe aux épithéliomas atypiques. Mais entre atypiques et typiques, toutes les formes de passage existent et il n'est pas rare de voir sur une coupe des végétations typiques se transformant progressivement en des aspects les plus atypiques ;
 - les néoplasies hétérotypiques ne sont qu'une variété des formes atypiques ayant subi une différenciation spéciale. Dans les aspects pseudo-sarcomateux enfin existe peut-être une observation de sarcome vrai.
-

Formes anatomo-cliniques.

Si maintenant, partant de ces groupements histologiques, nous remontons à la clinique, quels seront les rapports entre la clinique et l'histologie ? Pourrons-nous individualiser des formes anatomo-cliniques ? La synthèse est-elle possible ?

I. — FORMES DE TRANSITION ENTRE LES GOITRES ET LES NÉOPLASIES MALIGNES.

Les huit observations qui correspondent à ces formes sont assez homogènes.

Les signes physiques dans la plupart des cas sont ceux du goitre :

Noyau unique ou plus rarement multiple, bien limité, d'origine thyroïdienne manifeste, de consistance ferme sans être dure, de mobilité complète. Ce noyau est en général apparu progressivement et existait depuis quelques années quand la malade est vue.

Les troubles fonctionnels sont rares.

Les signes de thyroïdotoxicose existaient, légers dans 2 cas.

A cause des signes, le diagnostic de goitre kystique, ou nodulaire, fut porté dans 4 cas, et les réserves de l'histologiste furent une surprise pour le chirurgien.

Dans deux autres cas, comme la malade avait déjà été opérée de goitre, la malignité fut soupçonnée.

Notons que dans tous les cas il s'agissait de femmes ; trois

avaient plus de 50 ans (53, 55 et 53), une 49 ans et toutes les autres moins de 40 ans (31, 35, 25 et 16).

Enfin aucune métastase, ni aucune récurrence n'a été observée jusqu'à maintenant. Toutes les malades revues : 7 sur 8 sont bien portantes.

II. — LES ÉPITHÉLIOMAS VÉGÉTANTS TYPIQUES.

Le début est tantôt récent (18 mois dans l'observation 12 et 2 ans dans l'observation 11), tantôt au contraire un noyau existait depuis très longtemps (observations 9 et 10).

Parmi les 4 observations qui rentrent dans le cadre des épithéliomas végétants, il faut isoler les deux premières (9 et 10).

1^o Dans les deux premières, la tumeur s'est développée très lentement, a atteint un volume considérable, n'est pas très dure. Par son volume elle gêne, comprime et conduit ainsi le malade à l'intervention.

On pense à la malignité à cause du volume et des signes de compression, cependant on pense aussi qu'il peut s'agir d'un goitre multinodulaire, volumineux, à cause de la consistance moins dure.

Dans un cas existaient des ganglions, mais pas de métastase.

La première malade âgée de 48 ans (obs. 9) a présenté une récurrence 5 ans après l'opération ; cette récurrence augmente lentement, elle se présente comme une masse du volume d'une orange, mobile, de consistance assez dure, et actuellement (10 ans après l'intervention) elle n'a pas atteint le volume de la première tumeur (il est à noter que dans l'intervalle, une amputation du sein pour cancer a été faite, nous n'avons malheureusement aucun détail sur la nature histologique de cette tumeur).

L'observation du deuxième malade (obs. 10) est trop récente (une année) pour qu'on puisse en tirer des conclusions valables.

Le fait important à retenir est que ces 2 cas sont histologiquement des épithéliomas végétants typiques, sans la moindre atypie cellulaire.

Bien que d'une malignité certaine, ces cas permettent cependant de porter un pronostic assez favorable. Ce sont des épithéliomas à évolution lente, de malignité surtout locale.

2° Dans les deux autres (11 et 12) l'allure clinique est différente.

Le début était récent dans les deux cas, l'augmentation de la tumeur a été progressive mais assez rapide. La tumeur était dure, donnant des troubles de compression, atteignant un volume important (tête d'enfant dans un cas).

Après l'intervention, il n'y a eu dans aucun cas de métastase, mais le premier malade (obs. 11) présente une récurrence qui se développe vite, récurrence apparue quelques mois après l'opération. La deuxième malade (obs. 12) est morte de répulSION, l'ablation n'ayant pu être complète à cause de l'envahissement trachéal.

Si nous regardons maintenant les préparations histologiques, nous voyons dans l'observation 11 (préparation 4817. Microphoto 4) un épithélioma végétant typique avec des cellules volumineuses à protoplasma éosinophile et disposées tantôt en végétations, tantôt en acini. La préparation 389 de l'observation 12 montre un aspect encore plus inquiétant, et, à côté d'endroits où l'aspect est celui de l'épithélioma végétant typique, il en est d'autres où l'aspect est plus atypique avec des cellules plus grosses.

Ces deux observations, qui ont présenté une évolution cli-

nique plus maligne, montrent aussi des aspects histologiques plus malins. Celle qui a eu le pronostic le plus grave est celle qui donne l'aspect le moins typique.

On peut donc conclure : dans les épithéliomas végétants typiques il y a parallélisme entre la réponse histologique et l'observation clinique : les formes absolument typiques sont d'un pronostic relativement bon, leur évolution est lente. Mais dès qu'apparaissent quelques éléments atypiques, le pronostic se trouve considérablement aggravé. Dans tous les cas ce sont surtout des récidives locales qu'on observe, à évolution lente dans les épithéliomas végétants typiques, à évolution plus rapide dans les cas moins typiques, et d'autant plus rapide que les éléments atypiques sont plus nombreux.

III. — LES ÉPITHÉLIOMAS ATYPIQUES.

Au point de vue clinique leur évolution répond à la description classique du cancer thyroïdien.

Dans plus de la moitié des cas existait un goitre, et cela depuis un temps variant de un an à vingt-quatre ans. Dans l'observation 25 le goitre remontait à l'enfance.

L'augmentation peut être progressive depuis plusieurs années, parfois par poussées qui régressent partiellement (obs. 13 et 15). Mais le plus souvent il y a eu une augmentation rapide de volume de la tumeur, accompagnée de signes de compression. Les signes de compression trachéale, la paralysie récurrentielle sont fréquents. La dysphagie est beaucoup plus rare. La douleur irradiée est assez souvent notée. L'absence de troubles fonctionnels s'est vue dans un cas (obs. 21) où l'évolution avait été progressive. On note parfois des signes d'intoxication thyroïdienne mais jamais de signes de Basedow vrai, en particulier l'exophtalmie n'a jamais été rencontrée.

Dans presque tous les cas, les malades ont été vus avec une tumeur déjà volumineuse, étendue, de mobilité diminuée, de consistance très dure, parfois inégale, avec des parties pseudo-fluctuantes.

Dans 2 cas (obs. 27 et 28) la tumeur descendait derrière la fourchette sternale et dans un autre (obs. 30) elle s'insinuait derrière la clavicule.

Dans beaucoup de cas, la mobilité existait, et pourtant l'intervention montrait une extension plus grande, un envahissement que la clinique ne permettait que de soupçonner. Une tumeur de la glande thyroïde peut très bien envahir la trachée et l'œsophage tout en restant mobile, l'axe aéro-digestif se mobilisant avec elle. Ce qu'il faut essayer de mettre en évidence, c'est la mobilité de la lésion sur la trachée, ce qui n'est pas toujours aisé quand la tumeur volumineuse déborde de toutes parts.

Les déviations trachéales, l'aplatissement de la trachée sont notés dans deux observations d'épithéliomas atypiques (19 et 28).

Autour de la tumeur, surtout vers le pôle supérieur, on trouve souvent quelques petites nodosités dures, mobiles : des ganglions néoplasiques.

Parfois une crise de sufocation avec douleur intense témoigne d'une hémorragie interstitielle. De même on peut voir survenir, bien que ce soit plus rare, des poussées inflammatoires au niveau de la tumeur.

L'évolution de ces épithéliomas après l'intervention chirurgicale s'est montrée fâcheuse.

Trois malades sont vivantes : l'une 3 ans après l'opération (obs. 30), l'autre 5 mois (obs. 26) et la dernière 1 an (obs. 23). Une a présenté une survie de 6 ans (obs. 18). Dans 4 cas (obs. 13, 16, 20 et 21), aucune indication sur les suites

opératoires n'a pu être trouvée. Tous les autres malades sont morts en moins d'un an.

Il est intéressant de connaître la cause de la mort. Si nous mettons à part l'observation 19, où le malade âgé de 70 ans est décédé le lendemain de l'intervention d'ictus, et l'observation 25, où le malade en état d'asphyxie n'a été opéré que pour pallier aux accidents immédiats et est mort le soir même, nous sommes frappé de ne noter des phénomènes de généralisation que deux fois (obs. 14 et 17). Six observations indiquent comme cause de mort la récurrence locale. De toute façon il faut insister sur cette récurrence locale ou repululation ; c'est elle qui bien souvent est cause de mort dans la première année, la mort étant due dans ces cas à des accidents « mécaniques » en quelque sorte : compressions trachéale, œsophagienne, nerveuse (récurrent, pneumogastrique, sympathique).

Dans toutes ces formes, les préparations histologiques nous montrent des épithéliomas atypiques avec monstruosité cellulaires. L'atypie tissulaire est totale. Sur certaines préparations on peut suivre le passage entre le corps thyroïde sain et le cancer, mais si la coupe ne représente que la tumeur, il est impossible par son seul aspect de dire son origine. Dans l'observation 21, la coupe est assez comparable à celle d'un cancer du sein (prép. 3310 de la boîte 369. Microphoto 7). L'observation 19 (prép. 2335, b. 338) montre des cellules rondes, semblables, qui à un premier coup d'œil font penser à un seminome. L'observation 28 (prép. 1689. Microphoto 8) est un épithélioma très atypique, lobulé, avec des amas de cellules claires un peu analogues à celles rencontrées dans certaines formes de cancer du rein. La coupe de l'observation 17 (prép. 2073 b. 329. Microphoto 5) nous montre, à côté de grands amas de cellules épithéliales qui forment par endroits des pseudokystes avec une bordure de grandes cel-

lules cubiques, des axes conjonctifs recouverts des mêmes cellules cubiques : véritable forme végétante.

Dans beaucoup d'autres préparations, on retrouve, à côté d'éléments très atypiques, des aspects végétants d'où dérivent peut-être les précédents.

Le microscope ne fait ici que confirmer la clinique. Les formes très atypiques sont très graves sans qu'on puisse établir entre les différents aspects une échelle de malignité.

IV. — LES NÉOPLASIES HÉTÉROTYPIQUES.

Il faut étudier séparément les trois formes qui représentent ce chapitre : Les aspects parathyroïdiens, les aspects pseudo-sarcomateux, les épithéliomas malpighiens.

1^o *Les aspects parathyroïdien.* — Les quatre observations sont intéressantes à divers points de vue.

Dans l'observation 33, la malade, âgée de 46 ans, avait été opérée d'un goitre 20 ans auparavant. Puis en 1926 elle fait une récurrence au niveau de la membrane thyro-hyoïdienne qui est enlevée. En octobre 1927, elle fait une nouvelle récurrence au niveau de la cicatrice. En 1928, des ganglions carotidiens apparaissent et Lecène fait alors une ablation en masse. La récurrence locale suit de peu l'intervention et la malade meurt 3 mois après. Pas de métastase.

Dans l'observation 34, c'est depuis l'âge de 22 ans que la malade a commencé à observer l'augmentation progressive de son cou. Elle n'est arrivée au chirurgien que 44 ans après. Opérée en 1920, puis en février 1922, en novembre 1922 pour des récurrences locales, elle meurt en 1924 de phénomènes locaux dus au développement considérable de la tumeur. Pas de métastase.

Ces deux observations corroborent les idées de Dunhill

quant à l'évolution et au début du cancer du corps thyroïde.

Sur l'observation 32 nous ne possédons pas de détails cliniques. Lecène avait simplement indiqué une évolution clinique très maligne.

La dernière observation (n° 35) montre aussi une évolution rapide. La malade présentait depuis 2 ans un petit goitre du lobe gauche qui s'est mis à augmenter rapidement, à donner des troubles de compression. En 3 mois la masse avait atteint la fourchette sternale derrière laquelle elle s'enfonçait. La mort est survenue un an et demi après l'opération avec des signes de récurrence locale et de métastase cérébrale.

L'aspect parathyroïdien sur toutes les préparations est net. Il convient cependant de noter la différence entre les deux premières préparations dont l'une est représentée (prép. 149 avec microphoto 12) et les deux autres qui sont des tumeurs atypiques montant par endroits des aspects parathyroïdiens (prép. 5132 de l'obs. 35 avec microphoto 13).

Dans les 4 cas, l'évolution a été maligne, plus maligne dans l'observation 35 où la mort a suivi de peu l'opération. Ce dernier cas d'ailleurs est celui qui montre l'aspect histologique le plus atypique. Cependant il faut retenir que dans l'observation 33 la malade qui avait un goitre depuis 20 ans a été opérée 4 fois pour des récurrences successives, les trois dernières à un an d'intervalle. Dans l'observation 34, l'augmentation a été lente pendant 20 ans, la malade a été opérée 3 fois en moins de 3 ans pour des récurrences. Ces faits sont à souligner pour l'histogénèse.

Dans une seule observation, on trouve des métastases. Trois malades ont fait des récurrences locales qui ont causé la mort dans 2 cas (obs. 33 et 34).

2° *Les aspects pseudo-sarcomateux.* — Dans ce groupe,

nous rangeons des observations qui doivent vraisemblablement être classées comme sarcomes par certains auteurs (auteurs allemands comme l'indiquent les statistiques). Nous avons déjà exposé les raisons de cette manière de voir.

Ce ne sont pas les signes cliniques qui permettront de reconnaître ces formes : leur évolution est la même que celle des épithéliomas d'aspect parathyroïdien, la même aussi que celle des épithéliomas atypiques. Le plus souvent un goitre existait depuis longtemps, et il s'est mis brusquement à augmenter de volume et à donner des troubles de compression.

Sur les 5 cas qui rentrent dans ces formes, un malade est décédé le soir même (obs. 36). Les quatre qui ont survécu ont tous fait des récidives locales à développement rapide, deux ont fait en outre des métastases : l'un à la lèvre supérieure (obs. 37), l'autre dans les poumons (obs. 38). Aucun n'a eu une survie supérieure à un an.

3° *Les épithéliomas pavimenteux*. — Ils sont très rares, mais leur existence est certaine. Nous venons d'en observer un très beau cas, ce qui porte à 41 le nombre de nos observations.

L'évolution en a été très rapide.

Un goitre datant de 6 ans, qui, brusquement, sans avoir présenté une augmentation notable, fait 2 métastases en même temps que la voix se modifie. Il s'agit d'une jeune femme de 26 ans.

La tumeur thyroïdienne, fixée, est inextirpable.

Les deux biopsies pratiquées : l'une au niveau de la tumeur thyroïdienne, l'autre au niveau de la métastase sternale, révèle la nature malpighienne de l'épithélioma.

Déjà la rapide évolution permet de prévoir un pronostic très sombre.

Pronostic et valeur pronostique de l'examen microscopique.

Il s'agit de cancers, il n'est donc pas question de savoir si le pronostic est bon ou mauvais, il est toujours mauvais.

— *Les formes de transition avec les néoplasies malignes* ont sans doute une évolution favorable, puisque toutes les malades revues étaient bien portantes, sans récurrence.

Ces formes de transition, il faut les chercher *dans les goîtres d'apparence banale* ; il faut surtout y penser si la malade a déjà été opérée et qu'elle présente une récurrence d'allure bénigne. Sans doute c'est peut-être un nouveau noyau goitreux simple, mais il peut s'agir aussi d'une forme qui deviendra très maligne.

Aussi, en présence d'un goitre, si l'examen histologique est un peu anormal (éléments cellulaires trop tassés, tendance à la prolifération, etc.), *réserver le pronostic tardif* soit qu'il s'agisse d'une récurrence, soit qu'il s'agisse d'une néoplasie à évolution très maligne.

Il n'est donc pas superflu de dire : tous les goîtres, quels qu'ils soient, nodulaires ou diffus, kystiques ou adénomateux, qu'il s'agisse de sujets jeunes ou de sujets âgés, doivent être soumis au contrôle microscopique. Peut-on concevoir d'ailleurs une ablation de tumeur sans un protocole histologique ? et pourtant, combien de chirurgiens, confiants, se contentent-ils de leur examen macroscopique, et dans les

cas qui leur paraissent évidents ne demandent rien à l'historiographe.

— *Les épithéliomas végétants typiques* donnent des survies assez prolongées, encore faudra-t-il soigneusement analyser la coupe, et la présence de quelques éléments atypiques aggraverait considérablement le pronostic. Le pronostic, nous l'avons vu, est d'autant plus grave que les éléments atypiques sont plus nombreux.

— *Les épithéliomas atypiques* sont en effet les plus mauvais, ils évoluent très vite, donnent des récidives locales et amènent la mort le plus souvent dans l'année qui suit l'intervention. Si la récidive ne s'est pas produite au bout d'un an, les chances de survies prolongées augmentent. Seules, le peu d'étendue de la tumeur, sa limitation, l'absence de signe de compression et la précocité de l'intervention pourront améliorer le pronostic.

— *Les néoplasies hétérotypiques* ont une malignité au moins aussi grande que celle des épithéliomas atypiques. L'aspect *pseudo-sarcomateux* doit faire porter un pronostic fatal à brève échéance. L'aspect parathyroïdien fait porter un pronostic fatal à échéance de quelques années. L'*épithélioma pavimenteux* nous paraît grave, mais l'observation que nous avons ne date que d'un mois.

De toutes façons d'ailleurs, répétons-le, les interventions précoces et larges seules peuvent donner des chances de survie.

Est-il besoin d'ajouter que, puisque les cas douteux limités sont assez fréquents et qu'un goitre peut devenir brusquement malin, l'ablation chirurgicale de tous les goitres s'impose, encore que la récidive soit possible. Rappelons l'opinion de Dunhill : le stimulus qui crée la malignité est

peut-être le même que celui qui engendre l'adénome bénin. La malignité existe bien avant qu'elle soit apparente microscopiquement, elle est très lente à se développer, demandant souvent 30 ou 40 ans.

Au total, cette étude du pronostic nous montre au point de vue clinique que : à côté de la forme classique du cancer thyroïdien, à côté de l'ancien goitre bénin métastatique, il existe des néoplasmes thyroïdiens d'évolution lente, de malignité essentiellement locale, difficiles et souvent impossibles à différencier cliniquement des goitres banaux : tels sont les formes de transition et certains épithéliomas typiques. La conséquence pratique de cette notion est importante : dans les goitres, sans préconiser la thyroïdectomie totale, il faut faire une opération large, passer à distance du noyau, de même que dans l'adénome du sein on enlève autour du noyau une partie de tissu mammaire pour être certain de ne rien laisser.

Diagnostic.

Pratiquement, le diagnostic du cancer de la glande thyroïde est en général facile. Il gravite autour de peu d'affections.

D'après nos observations, l'origine thyroïdienne de la lésion n'a jamais fait de doute, c'est la malignité qui n'a pas toujours été affirmée.

I. — *Un noyau goitreux, bien limité, mobile*, de consistance ferme sans être dur, ne s'accompagnant pas de troubles de compression.

Il s'agit presque toujours d'un goitre simple. Seule l'histologie peut rectifier le diagnostic quand la malignité est soupçonnée. Dans ces cas, il s'agit presque toujours de *formes de transition* entre les goitres et les néoplasies malignes.

Cependant si la malade a déjà été opérée et s'il s'agit d'une récurrence, il faut toujours penser à la malignité et faire une intervention plus large.

II. — *Un noyau goitreux qui augmente rapidement*, modifie sa consistance et donne des troubles de compression.

Tel est le tableau le plus fréquent.

Trois complications du goitre peuvent ainsi se présenter : l'hémorragie, la strumite, le cancer.

Dans l'*hémorragie* qui s'observe plus volontiers dans les goitres kystiques ou colloïdes, le début est brutal, les accidents se développent souvent en quelques heures : la dyspnée est d'emblée intense, le goitre devient tendu, douloureux.

Le tableau clinique est souvent inquiétant. Le cancer ne se développe jamais si rapidement. Mais il peut s'accompagner d'hémorragies interstitielles, et l'apparition spontanée de toute hématocele thyroïdienne doit être suspecte. Il s'agit dans ces cas presque toujours d'*épithéliomas atypiques*. L'histologie nous a d'ailleurs appris combien étaient fréquentes sur les coupes les zones de nécrose hémorragique.

Quand l'hémorragie se fait progressivement ou par poussées dans un goitre à parois scléreuses, qui ainsi augmente peu à peu de volume, le diagnostic est encore plus malaisé, mais là encore il faut soupçonner la malignité.

Dans la *strumite*, le diagnostic peut aussi être très difficile.

Sans doute dans les *formes aiguës* où l'on voit se développer rapidement un « abcès thyroïdien » avec température élevée, frissons, le diagnostic est facile, surtout si l'apparition de l'abcès est secondaire à une maladie reconnue : grippe, infection puerpérale, etc.

Mais les *formes subaiguës* où l'évolution se fait par poussées au cours desquelles le goitre augmente, devient plus tendu, moins mobile, donne des signes de compression, avec une température pas très élevée, peuvent faire penser à une dégénérescence maligne. Le plus souvent d'ailleurs, c'est l'erreur inverse qui a été commise. Dans une observation de Huguenin et Welti, une malade qui, depuis un an, présentait des poussées inflammatoires au niveau de sa tumeur, est opérée avec le diagnostic de strumite. De fait à l'intervention on trouve un volumineux abcès, au centre d'un goitre adhérent et partiellement rétro-sternal. C'est l'examen histologique des parois de l'abcès qui décèle la dégénérescence épithéliale maligne.

De telles observations ne sont pas rares, nous en avons trouvé dans la collection de Lecène.

Les *cancers du corps thyroïde infectés* ne sont pas rares. Il

s'agit là encore d'*épithéliomas atypiques*. Et tous les degrés existent entre la suppuration franche, l'abcès et la simple infiltration leucocytaire. Dans une observation de M. le professeur Lenormant, l'examen histologique fit une première fois rectifier le diagnostic en faveur d'une strumite, alors que cliniquement le diagnostic de cancer avait été posé. C'est seulement quelques mois après que l'apparition d'une récidive montra l'exactitude du premier diagnostic. Sur la première coupe, l'infiltration inflammatoire était telle qu'elle englobait en quelque sorte les éléments néoplasiques atypiques.

On peut donc dire : un noyau goitreux qui présente des poussées d'allure inflammatoire subaiguë doit être suspecté de dégénérescence épithéliale.

Citons d'autres lésions très rares et reconnues à l'examen histologique :

- la thyroïdite ligneuse tuberculeuse ;
- la thyroïdite ligneuse syphilitique.

Enfin une lésion bien spéciale : c'est la thyroïdite ligneuse chronique, le *goitre d'une dureté de fer* de Rieddel. Anatomiquement, c'est une transformation scléreuse diffuse de la glande thyroïde avec adhérences et parfois envahissement des muscles du cou. Cliniquement, la dureté est extrême, et seul l'examen histologique fait le diagnostic.

Rappelons encore qu'un *cancer secondaire thyroïdien* peut se présenter cliniquement comme un cancer primitif. Tel est le cas de l'observation suivante, que nous a communiquée le Dr Prat de Nice. Une malade est opérée par Lecène pour un goitre malin ; l'examen histologique montre l'aspect d'un néoplasme colique ; on apprend alors que, quelques années auparavant, la malade avait été opérée par le Dr Prat d'un cancer du côlon transverse.

Duplay disait : « Le cancer thyroïdien primitif est aussi rare que le cancer thyroïdien secondaire est fréquent. » En fait, les métastases thyroïdiennes des autres cancers sont exceptionnelles. A l'inverse de Duplay, il faut dire : le cancer thyroïdien primitif est aussi fréquent que le cancer thyroïdien secondaire est rare. Toutes proportions gardées, bien entendu, les cancers thyroïdiens étant fort heureusement assez rares.

III. — *Une tumeur métastatique* : nous n'avons pas d'observation de tumeurs métastatiques se développant dans un os long ou ailleurs et primitive en apparence. Les cas de ce genre abondent pourtant dans la littérature.

Dans ces cas, il faut examiner le malade complètement ; la tumeur initiale peut être, si le corps thyroïde est intact, au niveau du sein, du rein, de la prostate.

Parfois on ne trouve rien, et seul l'examen histologique montre la vraie nature de la lésion. Rappelons que, pour le corps thyroïde, ces tumeurs métastatiques sont souvent, au point de vue histologique, d'apparence bénigne, et qu'il faut multiplier les coupes pour déceler une légère atypie.

Indications thérapeutiques.

Dès qu'a été posé le diagnostic de cancer du corps thyroïde, il faut envisager l'intervention chirurgicale ; celle-ci doit, en effet, être pratiquée, et le plus tôt possible, chaque fois que l'examen n'aura pas révélé de contre-indications, soit à cause de l'extension locale de la tumeur, soit en raison de métastases.

Quelle intervention faut-il pratiquer ?

Etudions nos 40 observations ; nous avons des détails pour 37 malades se répartissant ainsi :

I^o DANS LES FORMES DE TRANSITION.

(8 cas)

On opérait avec le diagnostic de goitre, de kyste du corps thyroïde ; dans les autres cas, le diagnostic n'est pas précisé, mais les malades avaient un goitre depuis quelque temps.

Les opérations pratiquées sont :

3 cas d'énucleation ;

4 cas de lobectomie ;

1 cas de thyroïdectomie importante mais non complète.

Une de ces tumeurs avait été traitée antérieurement par la radiothérapie.

2^o DANS LES ÉPITHÉLIOMAS VÉGÉTANTS TYPIQUES.

(4 cas)

On a opéré 2 malades avec le diagnostic de kystes du corps thyroïde.

On a pratiqué 4 ablations simples ; toutes ont été suivies de récidives locales ; une de ces récidives a été traitée par le sérum de Couland.

3^o DANS LES ÉPITHÉLIOMAS ATYPIQUES.

(18 cas)

Cinq ont été opérés avec le diagnostic de goitre.

On a pratiqué :

- 6 ablations simples ;
- 9 hémi-thyroidectomies ;
- 1 ablation presque complète ;
- 1 ablation complète du corps thyroïde ;
- 1 cas a été traité médicalement.

Des récidives locales sont signalées dans 5 cas, ainsi qu'une métastase.

On a utilisé :

- 2 fois le radium ;
- 2 fois la radiothérapie ;
- 1 fois le sérum de Coulaud.

4^o DANS LES NÉOPLASIES HÉTÉROTYPIQUES.

(7 cas)

a) *Aspects pseudo-sarcomateux* (4 cas).

On a pratiqué :

- 1 énucléation rapide avec trachéotomie d'urgence ;
- 3 résections qui toutes ont été suivies de récidives locales et de métastases.

On a utilisé :

- 2 fois la radiothérapie post-opératoire ;
- 1 fois le sérum de Coulaud.

b) *Aspects parathyroïdiens* (3 cas).

- 1 exérèse simple de la tumeur a été suivie de récurrence ;
- 1 ablation incomplète du corps thyroïde a donné des récurrences et des métastases ;
- 1 ablation presque complète a donné deux récurrences.

Les récurrences ont été traitées par le sérum de Coulaud et la radiothérapie.

Dans l'ensemble, sur ces 37 cas, une dizaine a été opérée avec le diagnostic de lésion bénigne du corps thyroïde. C'est seulement l'intervention ou l'examen histologique qui a révélé le cancer.

On a pratiqué :

- 15 ablations simples de la tumeur ou énucléation ;
- 14 héli-thyroidectomies ;
- 6 résections presque complètes ;
- 1 ablation totale.

On a utilisé :

le radium	3 fois
La radiothérapie.....	5 fois
Le sérum de Coulaud.....	3 fois

De ces observations, nous pouvons conclure à un certain nombre de faits :

- 1^o la rareté des thyroïdectomies totales. Un seul cas dont nous ignorons l'histoire ; le malade est mort deux ans après.

- 2° la très grande fréquence des récidives et des métastases à la suite d'opérations incomplètes ;
- 3° la fréquence des diagnostics de goitres, qui se sont révélés malins seulement au cours de l'opération, mais bien plus souvent encore grâce à l'examen histologique.

Ces remarques nous amènent à penser que l'intervention doit être *radicale*. Il faut faire une *thyroïdectomie totale*, ne pas laisser de corps thyroïde même pas cette lame thyroïdienne postérieure, origine des récidives locales et des métastases. Pendant longtemps cette intervention a été condamnée, à cause du désir de conserver les parathyroïdes et dans la crainte d'accidents d'hypothyroïdie. Or on connaît l'évolution fatale du cancer thyroïdien, et la possibilité de récidives locales et de métastases doit faire négliger des risques hypothétiques. Il faut donc logiquement conclure à la *thyroïdectomie large*.

Un autre problème se pose :

Nous avons montré la fréquence des formes de passage, des cancers latents, des cancers à évolution lente qui se présentent cliniquement avec l'aspect de goitres et dont seul l'examen histologique révèle la nature maligne. Des interventions restreintes dans ces cas seront inévitablement suivies — au bout de quelques mois ou de quelques années — de récidives locales ou de généralisations, c'est la condamnation de l'*énucléation simple*. Dans tous les goitres, étant donnée l'impossibilité d'affirmer leur bénignité absolue, il est logique de pratiquer une intervention plus large, passant au delà des limites du noyau, enlevant un peu du tissu thyroïdien péri-tumoral, c'est-à-dire une véritable *résection*.

Quelles sont les contre-indications opératoires ?

D'une façon générale, les contre-indications sont les mêmes que celles de tous les cancers, elles sont tirées :

de l'étude de l'extension,
de la recherche des métastases.

I. EXTENSION. — Là encore on peut dire, comme pour tous les cancers : le degré d'envahissement est réglé par le degré de mobilité. Plus que le volume de la tumeur, c'est sa mobilité qu'il faut rechercher. Sa mobilité par rapport à l'axe aéro-digestif : on peut, en immobilisant le larynx en haut, essayer d'imprimer à la tumeur des mouvements dans le *sens vertical*. La mobilité conservée dans le sens vertical témoigne de l'absence d'adhérences à la trachée. La recherche de la mobilité dans le sens transversal a moins de valeur, la trachée pouvant suivre la tumeur.

Cette adhérence trachéale de la tumeur est fréquente, pas toujours facile à mettre en évidence et souvent sera découverte à l'intervention.

Evidemment si la tumeur est volumineuse, bloquée, détermine des phénomènes asphyxiques inquiétants, si elle met immédiatement la vie du malade en danger, il est illusoire d'essayer de l'enlever ; mais, mieux qu'une trachéotomie, une *résection même incomplète* de la masse en laissant la plaie béante, amènera une sédation des signes. Une très belle observation de M. le professeur agrégé Wilmoth le prouve : une malade de 75 ans en état d'asphyxie menaçante est opérée de cette manière. L'état s'améliore immédiatement et la survie a dépassé 15 mois.

II. MÉTASTASES. — 1^o L'envahissement des ganglions lymphatiques n'est évidemment pas une contre-indication ; on

peut les enlever : soit avec la tumeur s'ils sont dans son voisinage immédiat, soit dans un deuxième temps si on ne peut les atteindre par la même incision (ganglions carotidiens hauts ou sus-claviculaires bas) ;

2^o Il n'en est pas de même pour les métastases à distance par voie veineuse. Classiquement elles sont une contre-indication absolue, et en effet le plus souvent, elles apparaissent à un stade avancé chez un sujet présentant une volumineuse récurrence locale. Cependant, quand il s'agit de formes métastatiques où la tumeur initiale est absente ou petite, ce que l'on sait de l'évolution de ces formes autorise l'intervention. On peut enlever la métastase. Keppeler de Friedrichsafen opère une femme de 55 ans présentant depuis 32 ans un goitre qui donnait des troubles de compression. Un mois et demi après, il l'opère pour une tumeur hépatique et trouve sur la face inférieure du foie un noyau de 10 centimètres de diamètre, bien limité par une capsule fibreuse et énucléable. L'examen histologique de cette métastase montre la structure du goitre colloïde. Quatorze mois plus tard, Keppeler opère une troisième fois la malade pour une éviscération et à cette occasion peut vérifier directement l'absence de toute récurrence dans la région du foie.

D'autres chirurgiens ont opéré des métastases osseuses : Von Eiselsberg enlève une métastase sternale et il y a survie. Hinterstoisser fait une amputation haute de cuisse pour une volumineuse métastase siégeant à la partie moyenne du fémur. Dreesmann fait l'ablation d'une tumeur métastatique de l'os frontal allant adhérer à la dure-mère. Des observations analogues ont encore été rapportées par Krask, Riedel, etc.

Si l'intervention chirurgicale est contre-indiquée, il faut pratiquer une *biopsie*. On sait en effet que pour chaque forme histologique il existe un traitement qui semble plus actif :

— Les *épithéliomas typiques* diminuent très nettement par les injections de *sérum de Couland*. Ces injections ont l'avantage d'agir aussi sur les métastases quand elles existent. Il est curieux de noter, comme le fait remarquer M. Couland, que les éléments néoplasiques typiques disparaissent avec le sérum, alors que les éléments atypiques persistent, source de repullulation. Des biopsies successives ont démontré ces faits.

— La *rœntgenthérapie*, faite dans beaucoup de cas après l'intervention, n'a pas empêché les récidives de se développer, et ne les a pas fait régresser quand elles étaient apparues.

— La *télécuriethérapie*, par contre, peut dans certains cas inopérables donner des résultats intéressants. M. le professeur agrégé Huguenin, dans une classification histologique récente, isole des aspects qu'il traite par le radium. Certains réagissent très rapidement : ce sont les épithéliomas du type fœtal, les épithéliomas papillaires à cellules cylindriques. D'autres réagissent peu ou lentement : ce sont les épithéliomas cubo-cylindriques et les épithéliomas à cellules cubiques. Enfin, il en est d'autres qui ne sont pas influencés par le traitement : ce sont les épithéliomas à hautes cellules cylindriques. L'auteur cite de très belles observations à l'appui de sa classification.

Dans l'observation 23 de Mouzon, la tumeur jugée inopérable par le Dr Roux-Berger a été traitée de cette façon. Après l'ablation du collier de radium faite par le Dr Mallet, la tumeur avait complètement disparu. Depuis un an, il n'y a pas eu de récidive.

Les indications de la curiethérapie certes peuvent s'étendre. Cependant il ne semble pas que l'application de radium doive remplacer la chirurgie. L'opération, quand elle est

possible, donne une bien plus grande sécurité. Malgré les belles guérisons obtenues dans les épithéliomas atypiques, on peut se demander si le radium peut dans certains cas agir sur toutes les parties de la tumeur. La différenciation varie en effet avec les points : sur certaines coupes, on voit par endroits une atypie complète ; en d'autres, une différenciation assez marquée avec de la colloïde, et sur ces dernières parties, le radium n'aura sans doute aucune action, laissant ainsi des cellules, qui seront le point de départ de repullulation.

Conclusions

Le cancer du corps thyroïde est plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Il succède en général à un goitre apparu à l'occasion d'un épisode de la vie génitale et lui-même se développe souvent un peu après la ménopause.

Les aspects histologiques en sont multiples, mais on peut les rapprocher des formes cliniques et réaliser ainsi des formes anatomo-cliniques qui sont :

1° *Les formes de transition* entre les goitres et les néoplasies malignes.

Cliniquement, l'aspect est celui du goitre bénin.

Histologiquement, certains éléments un peu anormaux attirent l'attention ;

2° *Les épithéliomas végétants typiques.*

Cliniquement, l'aspect est souvent celui d'un goitre à développement rapide.

Histologiquement, les cellules sont très caractéristiques avec toutes les transitions vers l'épithélioma atypique ;

3° *Les épithéliomas atypiques.*

Cliniquement, leur évolution est rapide et réalise au maximum l'aspect classique du cancer thyroïdien avec troubles de compression, dureté ligneuse.

Histologiquement, c'est l'atypie la plus complète ; tantôt

rien ne permet de reconnaître l'origine thyroïdienne, tantôt on trouve des transitions entre le tissu thyroïdien et la tumeur ;

4° Les *néoplasies hétérotypiques* dans lesquelles on groupe :

- a) Les *aspects parathyroïdiens*, où l'on trouve des éléments thyroïdiens, des éléments parathyroïdiens et des transitions entre les deux groupes ;
- b) Les *aspects pseudo-sarcomateux*, ainsi nommés à cause de la possibilité dans beaucoup de cas de trouver des transitions avec les éléments épithéliaux ;
- c) Les *aspects pavimenteux*.

Histologiquement, l'aspect pavimenteux est caractéristique.

La pathogénie de ces tumeurs est particulièrement intéressante.

Toutes ces néoplasies hétérotypiques ont une évolution analogue à celle des épithéliomas atypiques.

La question du *diagnostic* pose des problèmes variés :

Tantôt c'est l'histologie qui décèle la malignité d'un goitre d'apparence banale.

Tantôt, en présence d'un noyau goitreux qui se complique, il faut éliminer l'hémorragie, l'infection, en sachant que, dans les épithéliomas atypiques, la nécrose hémorragique et l'infiltration inflammatoire ne sont pas rares.

La *valeur pronostique* de l'examen histologique est certaine : Il existe des formes à évolution *rapide* ; ce sont les formes classiques qui répondent aux épithéliomas atypiques et aux néoplasies hétérotypiques.

Il existe des formes à évolution *lente* ; ce sont les formes de transition et certains épithéliomas végétants typiques.

Quelques-unes de ces formes sont impossibles à différencier des goitres, et on peut en tirer, comme conséquence pratique, la nécessité de l'opération large de tous les goitres.

Au *point de vue thérapeutique*, l'intervention chirurgicale est indiquée chaque fois qu'elle est possible. Elle doit être large, emportant tout le corps thyroïde et les ganglions. Les autres méthodes ne bénéficient que des contre-indications au traitement chirurgical :

Sérum cyto-toxique de Couland ;

Radiothérapie ;

Curiethérapie qui, dans certains épithéliomas atypiques, donne de bons résultats.

Enfin, le traitement prophylactique du cancer du corps thyroïde est *l'ablation de tous les goitres*.

Vu : le Président de la thèse,
LENORMANT.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'avons pas l'intention de faire la bibliographie complète du cancer du corps thyroïde. On la trouvera dans le livre de Bérard et Dunet, *Le cancer du corps thyroïde* et le travail de Barthel, *Ergebnisse der Chirurgie und Orthopödie*.

Voici les principaux travaux que nous avons consultés parmi ceux qui ont paru depuis 1921.

ARONS (I.) (New-York). — Sarcome du corps thyroïde (*Annals of Surgery*, vol. XCI, n° 1, janvier 1930, p. 44-56).

BABES, MARINSEN, SLATINA (Bucarest). — Tumeur lympho-épithéliale du corps thyroïde (thymome du corps thyroïde) *Virchows Archiv*, vol. CCLXVI, fasc. 2, 1927, p. 321-329).

BARTHEL. — Clinique et traitement du goitre malin (*Brums' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. CXLII, fasc. 4, 1928, p. 711-738).

— Cancer du corps thyroïde (*Ergebnisse der Chirurgie und orthopödie*, vol. XXIV, 1931, p. 162-326).

BECKER. — Sarcome à cellules géantes du corps thyroïde (*Brums' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. CXXXVIII, n° 1, 1926, p. 76-81).

BÉRARD (L.) et DUNET (Ch.) (Lyon). — Le goitre métastatique existe-t-il ? (*Revue de Chirurgie*, 1921, t. LIX, n° 9-10, p. 521-545).

BÉRARD. — *Journal de Chirurgie*, 1921.

BILLINGS (A. E.) et PAUL (J.-R.) (Philadelphie). — Tumeurs des glandes thyroïdes latérales aberrantes (*Bulletins of the Ayer clinical Laboratory of the Pennsylvania Hospital*, n° 9, oct. 1925, p. 27-45, 2 microphotographies).

BIRCHER. — Contribution à l'étude du goitre : le goitre proliférant

- type Langhans (*Brums' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. CXXXIX, fasc. 3, 1927, p. 383-421, 16 figures).
- BREITNER (B.) et JUST (E.). — Le goitre malin (*Mitteilungen aus den grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, t. XXXVIII, fasc. 2, 1924, p. 262-286).
- BRUNNER (H.). — Les modifications du larynx et de la trachée dans le goitre malin (*Archiv für Klinische Chirurgie*, t. CLX, juillet 1930, p. 239-248).
- COULAUD (E.). — Préparation d'un sérum antithyroïdien, ses propriétés biologiques (*Société de biologie*, 25 octobre 1924, p. 921).
- Action d'un sérum cytotoxique sur le cancer thyroïdien (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 19 février 1925, t. L, n° 7).
 - Traitement du cancer thyroïdien par un sérum cyto-toxique (*Annales d'Oto-Laryngologie*, n° 7, juillet 1932).
- CLUTE et SMITH (Boston). — Cancer du corps thyroïde (*Archives of Surgery*, vol. XVIII, n° 1, janvier 1929, p. 1-21, 13 figures).
- CRAVEZ (L. F.) (New-York). — Cancer du corps thyroïde et son traitement actuel (*Annals of Surgery*, vol. LXXXII, n° 6, p. 833-853).
- DELBET. — Association française pour l'étude du cancer, 19 janvier 1925.
- DREESMANN. — Les métastases des goîtres (*Medizinische Klinik*, t. XXI, n° 50, 11 décembre 1925, p. 1871-1872).
- DUNHELL (Thomas) (London). — Carcinoma of the thyroid gland (*Congrès de Berne*, 1933).
- DUVOIR, KÜSS, PÉRISSON, BERNARD (J.) et KIEPFER. — Cancer du corps thyroïde, thyroïdectomie totale ; myxoedème post-opératoire sans tétanie, absence actuelle de récidence néoplasique (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, t. XLIX, n° 12, 31 mars 1933, p. 457-466).
- EISEN (D.). — Tumeurs malignes de la glande thyroïde ; analyse de 7 cas avec étude des métastases (*The American Jour-*

- nal of medical Sciences*, vol. CLXX, n° 1, juillet 1925, p. 61-75).
- FERRERO et SACERDOTE. — Tumeurs thyroïdiennes et para-thy-roïdiennes dans les os (*Archivio italiano di Chirurgia*, vol. XIV, fasc. 3 sept. 1925, p. 274-288).
- FLORCKEN (H.) et MUES (G.) (Francfort). — Malignité clinique et histologique du goitre (*Medizinische Klinik*, an. XXIII, n° 11, 18 mars 1927, p. 388-389).
- FORTY (F.) (Birmingham). — Tumeur d'une glande thyroïde aber-rante (*The British Journal of Surgery*, vol. XX, n° 80, avril 1933, p. 695-699).
- GALLO (A. G.) et MARANO (A.). — Sarcome de la glande thyroïde (*La Prensa medica argentina*, an. XIX, n° 2, 20 août 1932, p. 497-504, avec 3 figures).
- GRAHAM (A.). — Tumeurs épithéliales malignes du corps thyroïde ; considérations sur l'invasion des vaisseaux sanguins (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. XXXIX, n° 6, décembre 1924, p. 781 à 790).
- Tumeurs malignes de la thyroïde de la série épithéliale (*Annals of Surgery*, juillet 1925, t. LXXXII, p. 39).
- GREENSFELDER (L.) et BETTMANN (R. B.) (Chicago). — Carcinome dans une glande thyroïde latérale aberrante (*The Journal of the American medical Association*, 1922, vol. LXXVIII, n° 11, p. 797-799 avec 5 figures).
- HELLNER (Münster). — Thyroïdite ligneuse (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LVI, n° 41, 12 oct. 1929, p. 2566-2570, 2 fig.).
- HERTZLER (Halstead). — Tumeurs mixtes de la glande thyroïde (*Archives of Surgery*, vol. XVI, n° 6, juin 1928, p. 1187-1201, 15 fig.).
- HOLFELDER (Francfort-sur-Mein). — Résultats du traitement combiné radio-opératoire des goitres malins (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LVIII, n° 15, 11 avril 1931, p. 940-943).
- HINTERSTOISSER (Teschen). — Adénome thyroïdien avec métastase osseuse (*Wiener Klinische Wochenschrift*, an. XLII, n° 15, avril 1929, p. 496-498, 1 fig.).
- HOLT (W. L.) (Boston). — Extension aux grosses veines et au cœur

- droit des tumeurs malignes du corps thyroïde (*The Journal of the American medical Association*, vol. 102, n° 23, 9 juin 1934, p. 1921-1934 avec 2 figures).
- HUGUENIN (R.). — Les cancers du corps thyroïde (*Journal médical français*, p. 99-104).
- JACQUES. — Sur une forme clinique exceptionnelle de goitre cancéreux (*Revue de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie*, t. XLI, n° 6, 31 mars 1920, p. 161).
- JUST (Emil). — Sur les résections étendues des gros vaisseaux du cou, des pneumogastriques et du sympathique dans les tumeurs malignes du corps thyroïde (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LXI, n° 18, 5 mai 1934, p. 1044-1047).
- KEPPELER (E.) (Friedrichsafen). — Métastase thyroïdienne dans le foie (*Zentralblatt für Chirurgie*, t. LI, n° 7, février 1924, p. 265-267).
- LEVINSON (M.). — Contribution à l'étude et au traitement du goitre malin (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LVII, n° 20, 14 mai 1927, p. 466-469).
- MAIER (O.) (Innsbruck). — Intervention dans un cas de tumeur intratrachéale du corps thyroïde (*Archiv für Klinische Chirurgie*, vol. CXXII, fasc. 4, 1923, p. 825-836).
- MOIROUD et COTTALORDO (J.). — Tumeur osseuse de structure thyroïdienne avec intégrité apparente du corps thyroïde, évolution de 7 années (*Annales d'Anatomie pathologique*, 1932, p. 123).
- MOREAU (L.) (Avignon). — De l'utilité de l'examen radioscopique des tumeurs du corps thyroïde au point de vue des indications opératoires (*Archives d'électricité médicale et de Physiothérapie*, t. XXVIII, n° 449, février 1920, p. 33-39 avec 3 figures).
- NICOLINI. — Contribution à l'étude anatomo-clinique du cancer latent (*Thèse de Montpellier*, 1934).
- PASCHOUD (H.) (Lausanne). — Le goitre malin (*Gazette médicale de France* 15 nov. 1933).
- PEMBERTON (J. de) (Rochester). — Affections malignes de la glande thyroïde. Considérations cliniques (*Annals of Surgery*, vol. LXXXVII, n° 3, mars 1928, p. 369-377).

- QUERVAIN (de) (Berne). — Etude pathologique et clinique des endothéliomes du corps thyroïde (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. LII, n° 15, 9 avril 1926, p. 605).
- Etude des goitres proliférants de Langhans (Conférence internationale du goitre, Berne, août 1933).
- ROEDER (C. A.). — Epithélioma thyroïdien à cellules pavimenteuses (*Annals of Surgery*, 1921, t. LXXIII, n° 1, p. 23-29 avec 7 figures).
- RUBENS-DUVAL (H.). — Quelques observations de cancer du corps thyroïde traités par la protéinothérapie spécifique (*Bulletins du cancer*, 1932, p. 215).
- SCHREINER (B. F.) et MURPHY (W. T.) (New-York). — Tumeurs malignes de la glande thyroïde (*Annals of Surgery*, vol. XCIX, n° 1, janvier 1934, p. 116-125).
- SHAPIRO (P. F.) (Chicago). — Métastase de tissu thyroïdien dans les organes abdominaux (*Annals of Surgery*, vol. XCII, n° 6, décembre 1930, p. 1031-1042, 8 figures).
- SIMPSON (W. M.). — Trois cas de métastase thyroïdienne dans les os : discussion sur l'existence du goitre bénin métastatique (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, vol. XLII, n° 4, avril 1926, p. 489-508).
- SOUPAULT. — Société anatomique, 6 décembre 1928.
- STRAUSS. — Contribution à la clinique du cancer du corps thyroïde (*Brums' Beiträge zur Klinischen Chirurgie*, t. CXLVIII, fasc. I, nov. 1929, p. 40-49).
- THOREK (M.) et THOREK (P.) (Chicago). — Les tumeurs bénignes du corps thyroïde peuvent-elles donner des métastases (*The American Journal of Surgery*, vol. XVI, n° 2, mai 1932, p. 304-309).
- TINKER. — Goitre malin, diagnostic et résultats du traitement chirurgical (*The Journal of the American medical Association*, vol. XC, n° 7, février 1928, p. 508-510).
- TINKER. — Résultats du traitement chirurgical dans les goitres malins (*Archives of Surgery*, vol. XXVI, n° 4, avril 1933, p. 705-711).
- VALDONI (P.) (Rome). — Métastase endo-jugulaire d'une tumeur

maligne de la glande thyroïde enlevée précédemment (*Archivio italiano di chirurgia*, vol. XXXII, fasc., 6 nov. 1932, p. 749-762, 8 figures).

VENOT, PASCELIER et BONNIN. — Les thyroïdes latérales aberrantes et leurs tumeurs (*Revue de Chirurgie*, Paris, 1923, t. XXI, p. 393).

WELTI et HUGUENIN. — Accidents évolutifs d'un cancer thyroïdien suppuré (*Bulletin de l'Association française du cancer*, t. XXI, n° 2, février 1932, p. 77-86, 2 figures).

WILLMOTH. — Cancer du corps thyroïde. Asphyxie. Thyroïdectomie partielle (*Bulletin médical*, 29 nov. 1930).

WILSON (L. B.). — Tumeurs malignes du corps thyroïde (*Annals of Surgery*, août 1921, vol. LXXIV, n° 8, p. 129-184, avec 57 figures).

WINTEROLL (Sudwigshafen). — Röntgentherapie d'un goitre malin avec dilatation cardiaque (*Munchener medizinische Wochenschrift*, t. LXXV, n° 45, 9 nov. 1928, p. 1920-1921, 3 radio).

ZECKVER (Boston). — Fibro-sarcome de la thyroïde (*Archives of Surgery*, vol. XII, n° 2, février 1926, p. 561-571, 4 figures).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
I. — Introduction.....	11
II. — Observations.....	14
<i>a</i>) Formes de transition.....	15
<i>b</i>) Epithéliomas végétants.....	23
<i>c</i>) Epithéliomas atypiques.....	27
<i>d</i>) Néoplasies hétérotypiques.....	48
<i>e</i>) Aspects parathyroïdiens.....	54
III. — Microphotos.....	59
IV. — Etude clinique d'après les observations.....	59
V. — Etude anatomique d'après les observations.....	68
VI. — Formes anatomo-cliniques.....	77
VII. — Pronostic et valeur pronostique de l'examen microscopique.....	86
VIII. — Diagnostic.....	89
IX. — Indications thérapeutiques.....	91
X. — Conclusions.....	101
XI. — Bibliographie.....	104
